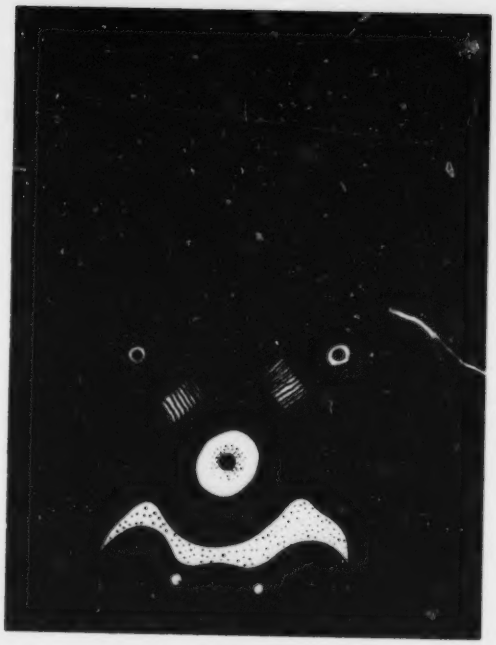
Canada

MEDICAL SERVICES

annual review
1982 & 1983

PUBLISHED BY AUTHORITY OF THE
MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE

The cover of last year's annual review was a work of art by one of Canada's outstanding artists, Jackson Beardy.



Jackson recently died unexpectedly and at an early age.

I was very fortunate in knowing Jackson for a number of years and in calling him my friend. In addition to being an outstanding artist, he was a very thoughtful, compassionate man who had a deep understanding of health in its broadest aspects. This is reflected in many of his paintings. His ability to bridge and live comfortably in two different cultures; his recognition and acceptance of the value of both the traditional approach to health and the western medicare are a measure of the man and should be an example to all of us in the field of Indian and Northern Health Services.

On behalf of Medical Services Branch, I wish to extend our deepest sympathy and condolences to his wife and family, but also to emphasize the great pleasure he has provided and will continue to provide to us through his art work.

L.M. Black

Jackson Beardy with former Governor General of Canada, the Right Honourable Edward Schreyer

TABLE OF CONTENTS

Introduction i

Rocky Fiddler ii

Program Overview 1
- Highlights 1
- Background 1
- Legal Mandate 2
- Program Objective 2
- Program Organization for Delivery 2
- Organization Structure 3

Planning Perspective 3

Program Description 9
- Indian Health Services 9
- Northern Health Services 21
- Public Service Health 23
- Quarantine and Regulatory Services 27
- Immigration Medical Services 29
- Civil Aviation Medicine 31
- Prosthetic Services 33
- Emergency Services 35
- Program Administration 37

MEDICAL SERVICES ANNUAL REVIEW 1982-1983

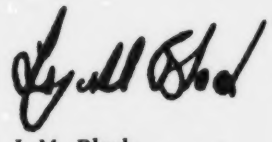
INTRODUCTION

This special issue of the Medical Services Annual Review is designed to provide the reader with a broad overview of the objectives, activities and subactivities that, in their entirety, make up the Medical Services Branch Program.

To maintain continuity of statistical data, tables similar to those found in earlier Annual Reviews have been incorporated. Because this edition spans two calendar years, the tables cover both 1982 and 1983.

Canada has not been immune to the downturn in the world economy. Inflation, high interest rates and poor economic conditions have had a significant impact on the resources available to the Program. These have occasioned the need for economic restraint. As a result, managers have been under constant pressure to critically examine the effectiveness and efficiency of their operations, and to adjust programs so as to provide the optimum level of service to our clientele.

We live in an era where change is the only constant. It is fitting, therefore, that the Annual Review move with the times. Comments on the new format, and suggestions for improvements would be welcomed.



L.M. Black,
Assistant Deputy Minister,
Medical Services Branch.

The cover illustration is from Rocky Fiddler and is entitled "THE MEDICINE BAG". The medicine bag was carried by all "MEDEWIWIN" or medicinemen. It was also carried as a miniature protector by all spiritual leaders in native communities. It contains the symbols of the four seasons, the four winds and the four directions of life. At the top of the medicine bag, the turtle and the crane are guardians of the boat of life, travelling with the spiritual believer. At the bottom, are the medicineman and his garments and the plants and herbs, which are the "LIFE MEDICINE."

ROCKY FIDDLER

Born February 14, 1959, Rocky Fiddler is a young and talented Cree artist from the Sandy Lake reserve in Northwestern Ontario. During his early years on the reserve, he was greatly influenced by the traditional lifestyle and attitudes of the elders. He listened as they talked about the sacred legends of his people and watched as his mentor, Carl Ray, changed their words into dramatic visual representations that could be appreciated by all peoples.

As Rocky grew into manhood, he felt that he also had a message concerning his people that he wished to pass on. He talked with the elders and Carl Ray about his dream and with their blessings, launched his career. Rocky's admiration for Carl Ray was obvious in his own style which borrowed heavily from Carl in his depictions of the animal and spirit worlds as they relate to the sacred legends of his people and their relationship to present day conflicts and stresses felt by national people.

Rocky's great friend Carl Ray died in late 1978 and this was a very harsh blow to Rocky's confidence coming at a time when he was already suffering great physical pain caused by his affliction of debilitating arthritis. Rocky became more determined than ever to continue fulfilling his dream now that Carl was gone. Although Rocky still uses some of Carl's techniques, his style has grown softer and unique with interpretations remaining in the animal-spirit domain but his artwork is becoming more painstakingly defined.

His art show at the Nicholas Art Gallery in April 1981, was his last in memory of Carl as he is moving to fulfill the ideals of an achievement award he received from the Ontario Chiefs Conference in 1980. They cited him for his depiction of traditional native values and principles which ensure a better future for everyone's children.

Rocky's style is in constant evolution and from the symbolic depictions, he is leaning now toward the using of the environmental elements of nature. He uses more colours than the other native painters are and confines himself to the use of acrylic and masters it instead of trying several media and materials.

Rocky Fiddler has been shown at:

THOMPSON GALLERY, Toronto, Ontario
TORONTO EATON CENTRE, Ontario
WAH-SA GALLERY, Winnipeg, Manitoba
NICHOLAS ART GALLERY, Ottawa, Ontario
CHATEAU MONTEBELLO, Montebello, Québec
NATIONAL ART CENTRE, Ottawa, Ontario

MEDICAL SERVICES BRANCH

Program Overview

Highlights

The leading features of the Medical Services Program are summarized as follows:

- to pursue actively a program of assistance to Indians, Inuit and residents of the Yukon and the Northwest Territories, so that they will have access to health services and attain a standard of health comparable to that of other Canadians; in addition, to increase levels of quality and effectiveness in the delivery of such programs while exercising fiscal responsibility.
  - within this activity, two important initiatives deserve to be highlighted: the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and the Community Health Demonstration Program.
- to continue a program to advise federal government departments and agencies on occupational and environmental health issues and on the health and physical competency of their employees.
- to maintain vigilance in preventing the entry of quarantinable materials into Canada; to contain the dangers of communicable diseases and to pursue the task of advising and educating the public on these matters.
- to carry on with the development and application of medical standards for Canadian flight personnel to meet national objectives and international agreements in safety.
- to continue negotiations with the provinces for the transfer of Prosthetic Services to these jurisdictions, and meanwhile, to maintain present levels of services to meet client demands.
- to ensure collaboration with federal and provincial government departments and agencies, and with a host of public and private organizations, in order to maintain readiness for the provision of health and social services in case of national emergency or disaster.

Background

The Medical Services Program is part of the network of health services which makes the Canadian health system one of the best in the world. It is a complex system, with interwoven responsibilities borne by federal, provincial and municipal governments. In order to offer all Canadians a total health care program of the highest quality, active and constant cooperation and coordination must be maintained at all of these levels through a sharing of involvement and responsibilities.

In addition to interacting with the provincial health systems and agencies, the Medical Services Program also collaborates on a daily basis with federal bodies dealing with the same client groups or geographical areas: for instance, the Departments of Indian Affairs and Northern Development, Transport, National Defence, Employment and Immigration, Labour, Environment, External Affairs and the Canadian International Development Agency. But to be effective, interaction must begin at the departmental level and, therefore, close working relationships are established with other Programs, namely Health and Social Services, Health Protection, Income Security and Fitness and Amateur Sport.

In carrying out its share of the federal mandate towards Canada's Native population, the Program provides or ensures the provision of health services to Canada's 323 000 Registered Indians and 25 000 Inuit. The intent of the Medical Services Program with regard to Canada's Native peoples is to ensure their access to a standard of health care comparable to that available to other Canadians.

In addition to the Indian and Inuit population of Canada, the Program has as its clients:

all residents of the Yukon and Northwest Territories,
civilian aviation personnel,
disaster victims,
immigrants, refugees and temporary residents,
the physically handicapped,
federal public servants, and
international travellers.

Legal Mandate

The Medical Services Program derives its mandate from Section 91 of the Constitution Acts, 1867 and 1981. Sub-Sections 7, 11 and 24 relate to the provision of Prosthetic Services, Quarantine and Regulatory Services and Indian Health Services respectively.

In addition, Program authority for the provision of health services to Indians has been a matter of policy since 1945. The authority to provide health services to residents of the Northwest Territories and the Yukon is contained in a Privy Council decision of 1954. Legislation governing the provision of health assessment services can be found in the following statutes:

the Department of National Health and Welfare Act;
the Immigration Act;
the Quarantine Act;
the Aeronautics Act.

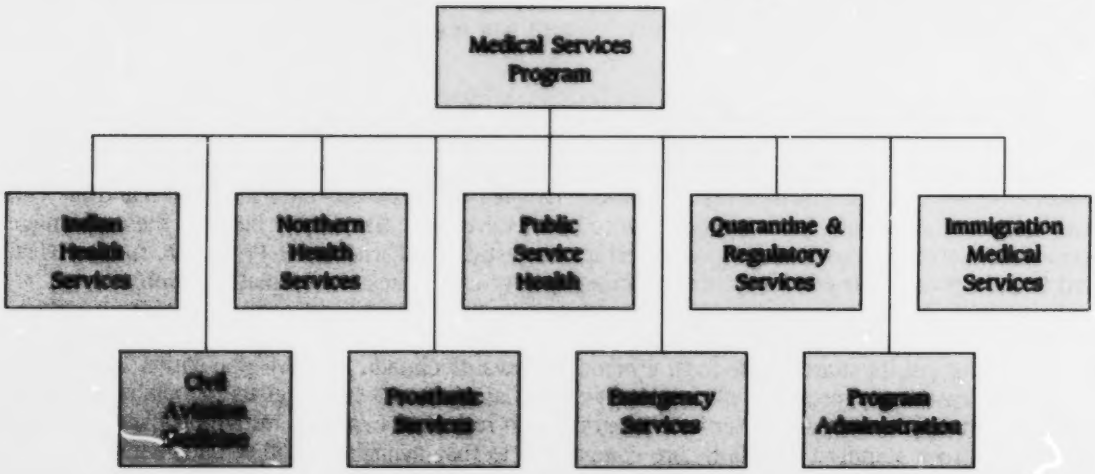
The commitment of the federal government to help Native peoples attain a standard of health comparable to that of the larger Canadian community was reaffirmed in 1979 by the Federal Indian Health Policy.

Program Objective

The objective of the Medical Services Program is to "protect and enhance the health of those Canadians whose care, by legislation or custom, is the responsibility of the Department."

Program Organization for Delivery

The Medical Services Program is divided into nine activities, or areas of service, as shown below.



Organization Structure

The Program is organized into 10 regions, with a Regional Director responsible for the activities carried out within each region. Regions correspond to provincial and territorial boundaries, except for the Atlantic region which is composed of all the Maritime provinces and Labrador. The Province of Ontario includes both the Ontario Region and the Overseas and National Capital Region. The latter deals mainly with Public Service Health and Immigration Medical Services.

The activities for which Regional Directors are responsible include:

Indian Health Services,
Northern Health Services,
Public Service Health,
Quarantine and Regulatory Services,
Immigration Medical Services.

The activities managed from Headquarters are:

Civil Aviation Medicine,
Emergency Services,
Prosthetic Services,
the Environmental Contaminants segment of
Indian Health Services.

Indian and Northern Health Services operate some 468 facilities ranging from outpost nursing stations to fully-equipped hospitals.

The main categories of facilities used in the delivery of health services are:

- General Hospitals: operated for medical, surgical/obstetrical care of inpatients and outpatients;
- Cottage Hospitals: smaller than general hospitals, with more limited treatment and diagnostic facilities;
- Clinics: field units usually affiliated to a hospital and directed by a physician;
- Nursing Stations: field units in isolated communities staffed by nursing personnel for inpatient or outpatient care; may have from 2 to 12 beds and be responsible for one or more satellite Health Stations;
- Health Centres: units staffed by nursing personnel carrying out public health and preventive programs;
- Health Stations: field units in isolated communities, often housed in a trailer, usually in the charge of a Community Health Representative; these units accommodate emergency cases and provide a base of operations for visiting nurses or doctors, and
- Health Offices: buildings or spaces to accommodate nurses or doctors holding clinics or conducting health education programs.

Planning Perspective

Environment

The following environmental factors affect the Program's performance:

Changing Morbidity and Mortality Patterns: In spite of dramatic decreases in mortality rates for Indian people, resulting for the most part from the concerted effort by this Program and other health agencies to control such scourges as tuberculosis and respiratory diseases, and to reduce infant mortality rates, the death rate for Indians is at least twice the national average. Thus, the demand for the curative ser-

vices will continue unabated for the foreseeable future, although they may no longer have the dramatic impact they had in the past. Meanwhile, different issues need to be addressed, as suggested in a 1980 report by the Department of Indian and Northern Affairs, entitled "Indian Conditions." Among these issues are the morbidity and mortality attributable to lifestyle, environment, education and health attitudes. These are the conditions which the Medical Services Program is endeavouring to address, for instance, through its Environmental Health and Surveillance program and its community health activities.

Because of the shift in focus and emphasis from curative to preventive programs, frontline workers such as Community Health Nurses, Environmental Health Officers, Dental Therapists, Health Educators and Nutritionists have become key personnel in the Program. Furthermore, through the training program for Community Health Representatives, local people have been recruited to participate at the community level in the delivery of preventive health services. This program has been gradually built up over the past two decades, and more than 500 Community Health Representatives are now employed in Native communities across Canada.

With morbidity and mortality patterns confirming the need for greater emphasis in the areas of prevention, health promotion and health education, Medical Services is planning to expand those programs designed to enhance the involvement of Native communities in community-based preventive health efforts.

The Evolution of Policy on Indian Health Services: The current Indian Health Policy was announced by the Minister of National Health and Welfare on September 19, 1979. This policy gives recognition to three "pillars" on which the shared responsibility for Indian and Inuit health are based. These are:

- community development;
- the traditional relationship of the Indian people to the federal government, and
- the Canadian health system with interrelated elements which may be the responsibility of federal, provincial or municipal governments.

The activities of the Medical Services Program reflect the priorities set out in the Indian Health Policy in terms of promoting self-determination and self-reliance.

Constitutional, Legal and Political Changes: While existing aboriginal rights have been recognized in the Constitution Act, 1981, these rights await further definition as a result of constitutional conferences. As the rights of Canada's indigenous people become better defined and entrenched, the population served by the Medical Services Program may change in composition and numbers, and acquire a different status in Canadian society. The Medical Services Program, therefore, has to adjust to these new realities.

Beaver Lake Band Administration Building where the Health Station Shares Space (Alberta Region)

The report of the Special Parliamentary Committee on Indian Self-Government tabled on October 12, 1983, is expected to open debate for legal change and such change may enable Canada's 573 Indian Bands to establish their own level of government. Since they may choose to exercise this self-government in the health field, this could also alter the present role of the Program.

Among the political changes which may affect the Medical Services Program, the evolution of the Territories toward provincial status looms large. This may require a re-examination of the role of the Medical Services Program in the Territories.

Economic Development: Unemployment is one of the major problems which affect the health of Native peoples. Over the past few years, federal and provincial initiatives, as well as private investors, have been mobilizing resources to develop the potential employment existing in or near Indian communities. Indian groups, themselves, are seeking to take advantage of the opportunities offered by large resource development projects and to study the environmental hazards that these bring with them. The Environmental Health Activity of the Medical Services Program must be prepared to assist Indian Bands in this assessment.

Sunchild Health Station at Opening Day (Alberta)

Initiatives

The following projects are being undertaken as a result of the Medical Services Program's effort to encourage preventive and self-help initiatives at community level within its Indian Health Services activity:

National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP): This enhanced program started in 1982-83 and is expected to run for five years. Overall funding is $194 million with an allocation of 185 person-years for the duration of the project. In addition to the primary goal of helping Indian and Inuit people offset and arrest alcohol and drug abuse through curative and preventive methods, the objective is to set up a framework within which Indian and Inuit communities can establish plans for future action in the fight against alcohol addiction and drug abuse.

Community Health Demonstration Program: The objective of this program is to allow Indian and Inuit communities to gain experience in running community-administered health programs. Program funding supports a number of pilot projects which will provide a firm basis on which the Program, in cooperation with Native peoples, can develop a better understanding of the timing, costs and benefits associated with community-based and -run health activities.

Human Resources

Three out of every four Medical Services employees are directly involved in the provision of health services; two out of five are health specialists or related professionals. Nursing staff account for over one quarter of the work force.

While doctors and nurses are the largest professional group, the delivery of frontline health services is involving, to an ever greater extent, local personnel such as Community Health Representatives. The majority are Band employees, paid from funds channelled through agreements made between Medical Services and individual Bands.

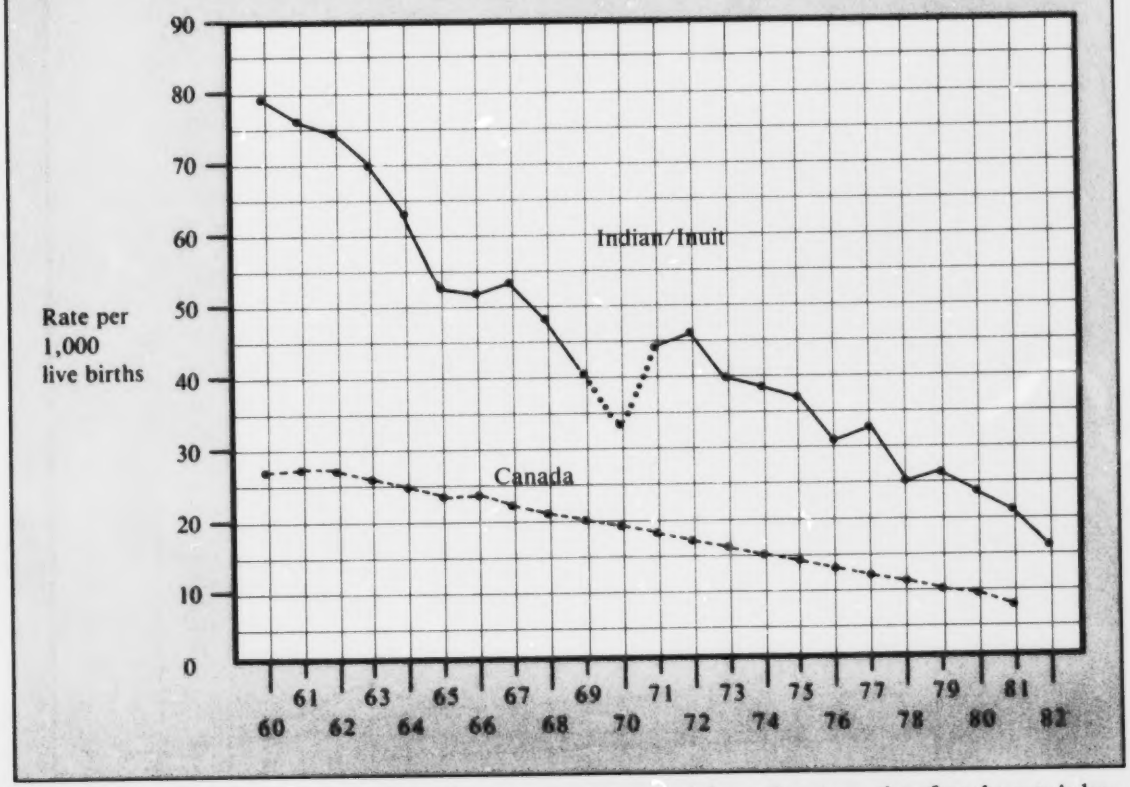
It is important to note, however, that success in involving Native people is not limited to recruiting Community Health Representatives. New Indian and Inuit employees are constantly being brought into the program, bringing the proportion of Native staff to more than 22% of the work force. Out of twelve executive positions two are also occupied by Natives.

Sucker Creek Health Station in a Trailer (Alberta)

Program Effectiveness

While it is always difficult to measure the effects of health programs, statistics can be relied upon as a general indicator of performance. For instance, infant mortality is an important indicator of the health status of a community. The following graph illustrates the considerable progress made in reducing infant deaths over the past 22 years.

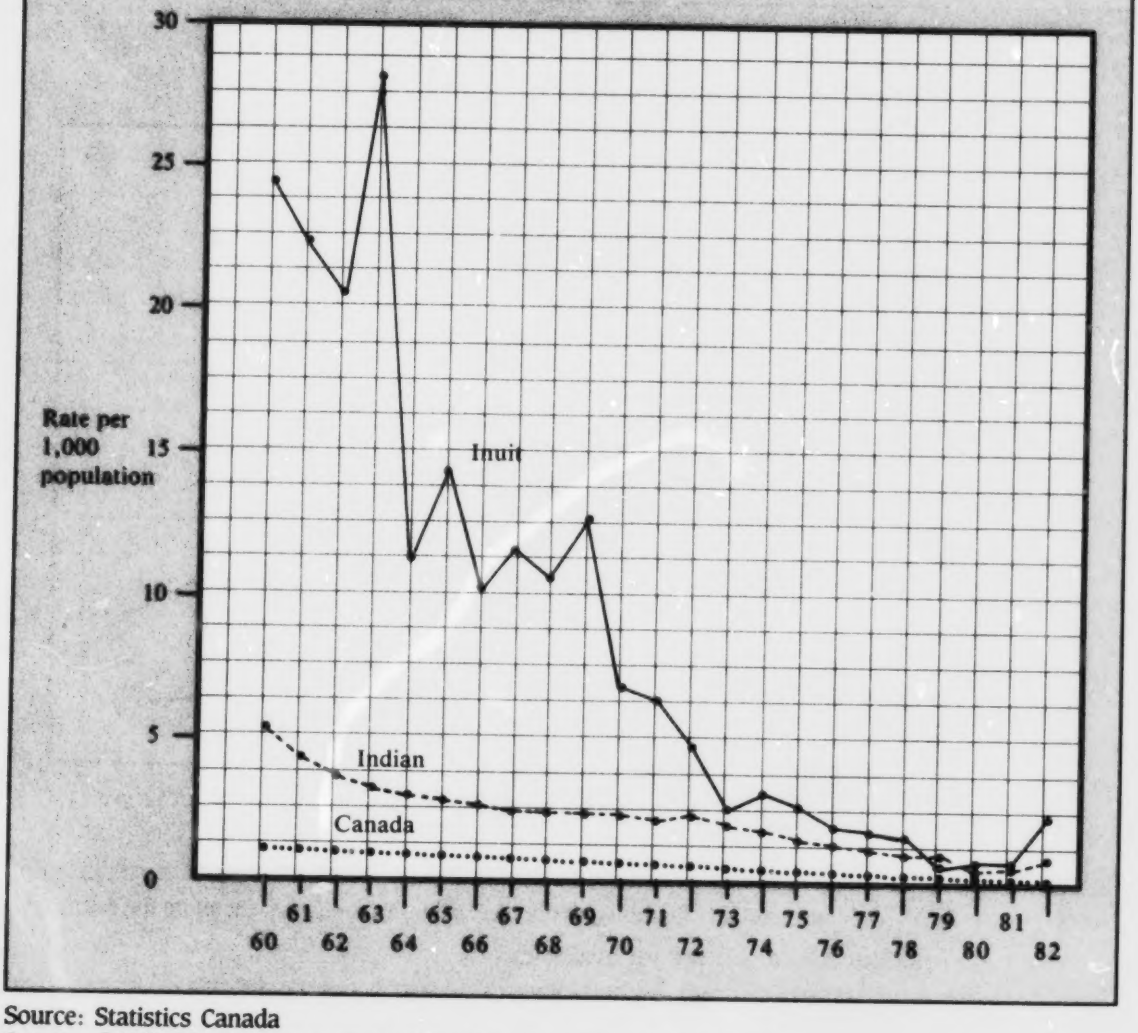
Figure #1 Infant Mortality Rates (Registered Indians served by the Medical Services Program) in Canada 1960-82



Notes:
- In 1970, infant mortality figures were not received from all regions, therefore the rate is low.
- 1982 rate for Canada not yet available.
- Source: Statistics Canada. Source of Indian/Inuit data is Medical Services Program inhouse figures.

The decline in tuberculosis since 1960 is illustrated in the following graphs:

Figure #2 Tuberculosis Rates, New and Reactivated Cases 1960-82



Source: Statistics Canada
Source of Indian/Inuit data is Medical Services Program inhouse figures.

Program Description

Indian Health Services

Objective

The object of the Indian Health Services activity is to assist Indians and Inuit residing in the provinces to attain a standard of health comparable to that of other Canadians. This objective is complemented by the Federal Indian Health Policy.

Eating is a Need that Starts with the First Breath . . .

Resource Summary

The Indian Health Services activity accounts for 67.2 per cent of the total program expenditure, and 54.8 per cent of the total number of person-years.

Description

Indian Health Services ensures availability of, and access to, health services by maintaining a program containing the following elements:

- essential treatment services in isolated communities;
- community preventive health programs such as health education, environmental health, nutrition, dental hygiene, school health and alcohol and drug abuse, and
- individual primary health care programs including maternal and child health, home visiting, dental therapy and communicable disease control.

Only about 15 per cent of treatment service delivered to Native people is provided by the Medical Services Program. The most substantial proportion of services is provided by private practitioners, university facilities of medicine, work-sharing arrangements with other levels of government and, increasingly, programs run by native communities.

The facilities used to provide these services range from health offices in private homes in isolated communities to fully-equipped nursing stations and hospitals. The type of facility depends on both the community's population and degree of isolation. The physical facilities maintained by the Program include:

14 hospitals,
12 clinics,
96 nursing stations,
127 health centres,
197 health stations,
63 health offices.

That Can be Learned in School . . .

Since Medical Services fosters community involvement and participation, facilities are designed as much for community health activities as for the provision of conventional treatment services. They must function as a base of operations for Community Health Representatives (CHRs), who conduct health promotion and liaison activities; Dental Therapists, who provide dental health education and basic treatment services, and Native Alcohol Abuse Counsellors, who run the alcohol and drug abuse prevention programs.

Or the Traditional Way Since Moose Meat is an Excellent Source of Protein and Iron with Only 4% of Fat

The sub-activities or components of Indian Health Services are:

Community Health Services: This sub-activity is designed to provide consultative, advisory and technical health services to Indians and Inuit residing in the provinces. These services include:

- the delivery of preventive health programs through nurses, environmental health officers, dental therapists, health educators, nutritionists, Community Health Representatives and other health personnel. These programs are designed to promote a healthy community by running well-baby clinics, offering immunization services and nutrition counselling and promoting other practices that will enhance general health;
- the provision of curative services by medical professionals and by nurses and other trained personnel for emergency treatment, inpatient and outpatient care;
- the training of nurses and other health personnel to prepare them for service in outpost stations;
- the training of Community Health Representatives to conduct health promotion and liaison activities. For instance, to assist the community in identifying health care needs, to run health education activities; to help people in the proper utilization of available health care services, and to assist in the delivery of primary health care in remote settlements;
- the implementation of the Community Health Demonstration Program, which allows selected Indian Bands to administer their own health services. This project, which will run until 1985, is intended to provide the information necessary to plan for ongoing community-based health activities;
- mental health programs implemented by either Medical Services personnel or through community-based programs supported by Program contributions, and
- the provision of health promotion information and educational material in support of community health services, educational programs, staff development and media production.

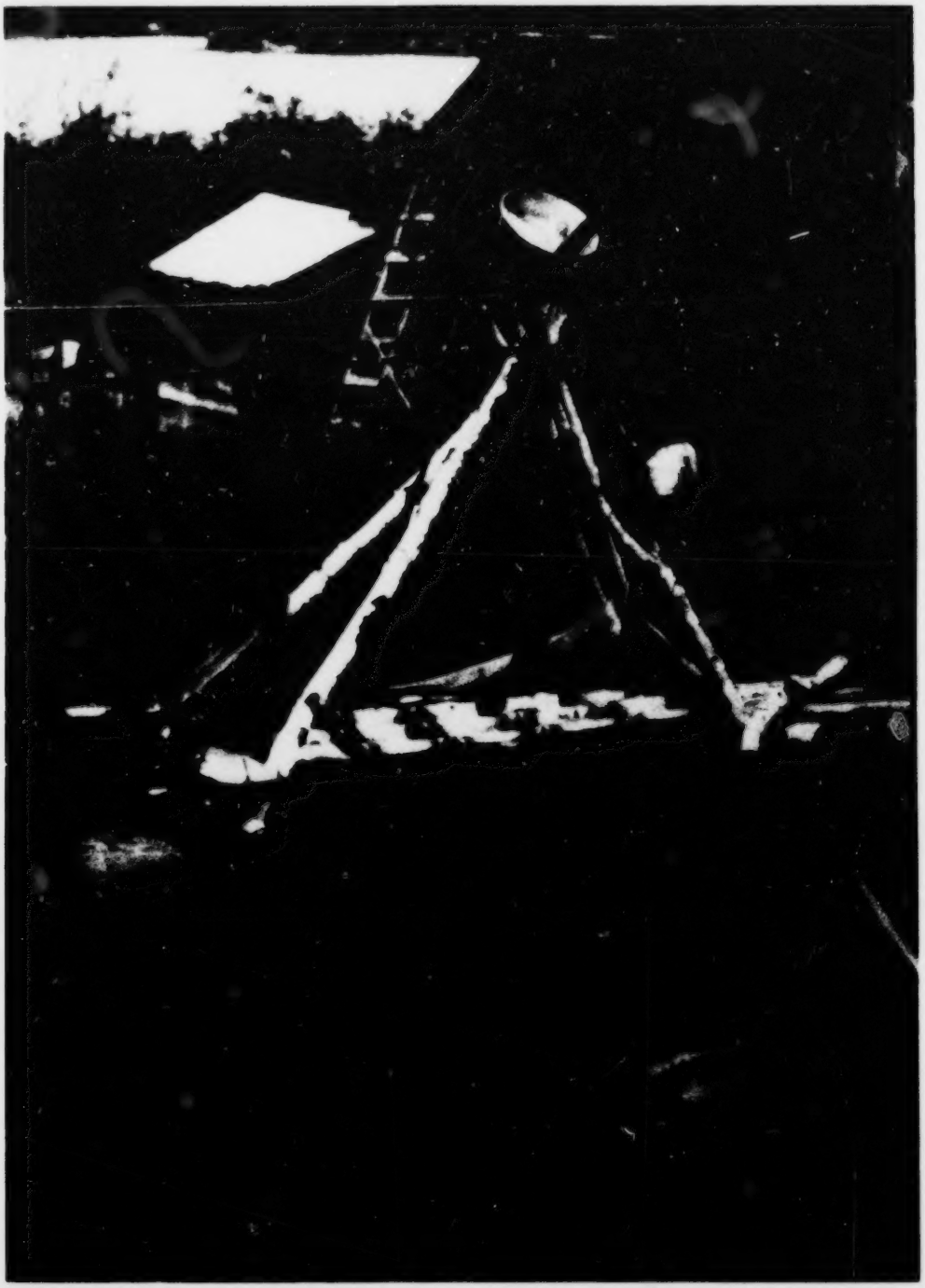
The National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP): This program supports Indian and Inuit people and their communities in establishing and operating programs aimed at arresting and offsetting high levels of alcohol, drug and solvent abuse. The program operates on the advice of Regional Advisory Boards composed of Indian, Inuit and Government representatives. At the national level, a National Advisory Board advises the Minister and program officials on project approval, policy, and operating issues. The immediate goal of the program is to test and evaluate a variety of approaches to the addiction problem in order to establish a firm basis for ongoing programs run by the Native peoples themselves.

NNADAP sub-activities include:

- disseminating information on alcohol and drug abuse through various community awareness programs; promoting responsibility in the use of alcohol and drugs and alternatives to their usage, and, through counselling programs, to assist abusers and high-risk groups to maintain sobriety;
- training NNADAP-sponsored community project staff in order to have qualified personnel available to deliver the program;
- funding inpatient and outpatient facilities to provide counselling and rehabilitation services, including monitoring or continuing treatment on an after-care or follow-up basis. Examples of such facilities are New Dawn Valley Centre in Fort Qu'Appelle, Saskatchewan, and Pedahbun Lodge in Toronto. An example of outpatient services is the project run by the Native Alcohol and Drug Abuse Counselling Association in Eskasoni, Nova Scotia, and
- carrying out applied and basic research to increase knowledge of alcohol and drug abuse problems and effective responses.

Dental Health: The goal of the dental health program is to ensure that all Indian and Inuit people have access to and can receive the same level of dental care, including treatment, prevention and education, as do other citizens.

This sub-activity is designed to conduct preventive care and education programs aimed at creating a greater awareness of the benefits of oral hygiene. Diagnostic and examination services, emergency dental treatment and annual preventive fluoride programs are provided by program staff and by the staff of several universities, which have been contracted for this purpose.



Fish and Fish Heads Soup is a Source of Calcium Especially Where Milk is Difficult to Obtain

Environmental Health and Surveillance: Housing, potable water, waste disposal, insect and rodent control are among the many factors which affect the health status of a community and which require careful monitoring.

With the advent of mega-projects in different parts of the country, a whole new area of concern for individual and community health has arisen. Since it is difficult, if not impossible, to remove environmental contaminants such as mercury and PCBs, there must be ongoing educational efforts to alleviate their effect on health. This education must not only be relevant with regard to the problems it addresses, but it must also relate to the cultural background of the people concerned.

This sub-activity includes the following functions:

- monitoring environmental conditions in Indian and Inuit communities;
- establishing a health data base on environmental conditions in communities prior to the implementation of projects which may have a potential impact on the environment;
- increasing awareness and concern among Native people for environmental conditions, and
- implementing a broad range of environmental controls, approaches, strategies and plans to safeguard client groups. These include environmental inspections of communities, water sampling, monitoring of contaminants, and collection of data.

Wild Rice Once Shelled Over a Fire is Also an Excellent Source of Vitamins

Hospital Services: The hospitals run by the Medical Services Program are located at Moose Factory and Sioux Lookout in Ontario, at Norway House and the Peguis Reserve in Manitoba, at Fort Qu'Appelle in Saskatchewan, and on the Blood Reserve in Alberta. Although originally established to serve Status Indians, services are available to the general public and are linked to provincial health care systems. The Program ensures that the standards of the Canadian Council on Hospital Accreditation are met and maintains financial systems for hospitals and treatment facilities.

In Northern Country Not Even the Moose is Left Starving

There is great variation among hospitals maintained under this Program in terms of size, complexity and range of services offered. For instance, a hospital such as Moose Factory General offers a complete array of diagnostic services, as well as medical, surgical, pediatric and obstetric care. Cottage hospitals and nursing stations offer a more limited range of services. For example, these facilities may have as few as two beds and only offer treatment for uncomplicated conditions, with limited diagnostic services. All hospitals provide inpatient and outpatient care.

The medical staff pattern also varies widely. Some hospitals are staffed under contracts with University Medical Schools, others are staffed by Departmental medical officers, and some by private medical practitioners. Many of the hospitals serve as administrative and logistic bases for outreach activities, including medical visitation, pharmacy and maintenance services. The Program seeks and promotes local and Native involvement on Hospital Advisory Boards.

Performance Information and Resource Justification

The main goal of the Indian Health Services activity is to pursue actively a program of assistance to Canada's indigenous people so that they will have access to health services and attain a standard of health comparable to that of other Canadians. In recent years, our clients, as with Canadians in general, have become more aware of the long-term effect of preventive health measures. The National Commission Inquiry on Indian Health of the National Indian Brotherhood[1] (1978-80) requested that preventive health programs be given immediate priority in the Indian health care system, stating that "broad health education programs coupled with preventive medical initiatives will ultimately have a much greater impact on the health of Indian people than curative services.[2]" Specific goals reflect the Program's effort to meet these demands within existing allocations. These are:

- to train and employ dental therapists for service in isolated communities;
- to maintain and improve the nutritional status of the Native people and to lower food budgets by promoting the use of local foods;
- to provide facilities for the Native Alcohol and Drug Abuse Program;
- to improve the immunization status of all Indian and Inuit infants from 80% to 85% for measles and from 75% to 80% for polio, pertussis, diphtheria and tetanus antigens, and
- to encourage the breastfeeding of infants and to raise the rate of participation from 40% to 45%.

The demand for resources for health care services is, in large measure, related to a variety of factors such as size, age, and geographic distribution of the client population. Full-time resident services are generally provided in isolated Indian and Northern communities with populations over 350. In smaller communities, services are provided on a regular visiting basis, or on call as emergencies arise, but in cases of extreme isolation, communities may be provided with health care services on a full-time basis.

1 Now the Assembly of First Nations.

2 "Priorities for Indian Health Care" p.2
National Commission Inquiry on Indian Health, March 1979.

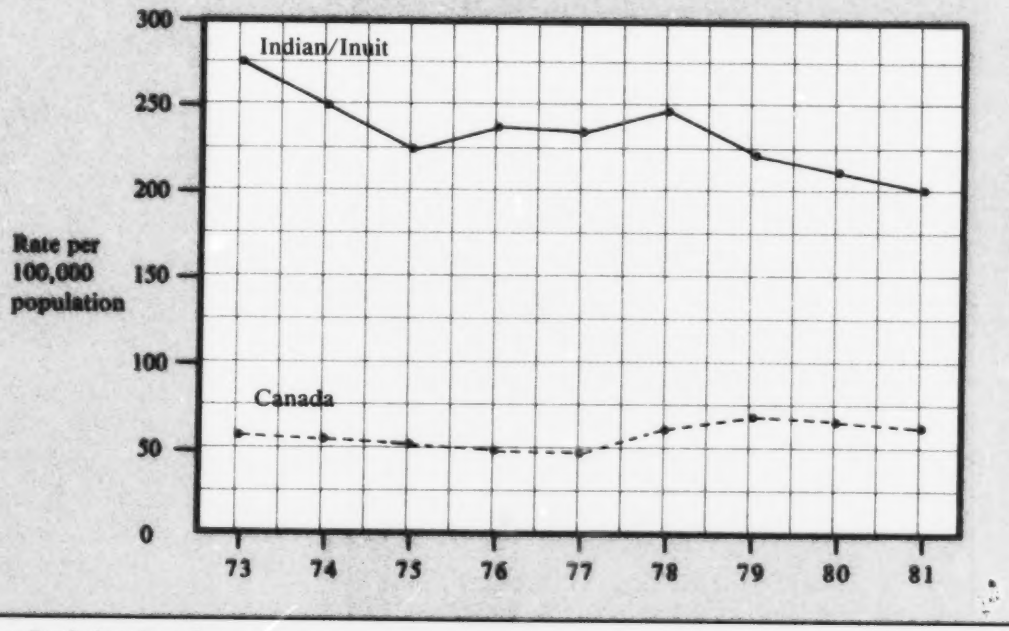
Table 1
ENVIRONMENTAL HEALTH PROGRAM – 1983

REGION	NATIVE COMMUNITIES		INSPECTIONS				TESTING AND SAMPLING				QUARANTINE ACTIVITIES	
	No.	No. visited	Carriers	Federal property	Native comm.	Other	Carriers	Federal property	Native comm.	Other	No. inspections of vessels	No. deratification certificates issued
ATLANTIC	29	29	903	2,439	1,268	N/AV	594	2,400	977	0	238	
QUEBEC	28	28	276	149	697	19	1,210	825	713	10	144	0
ONTARIO	82	76	542	1,515	5,272	55	689	1,793	2,568	4	42	31
MANITOBA	55	55	399	259	1,624	22	1,945	409	65	20	22	0
SASKATCHEWAN	76	76	64	163	2,731	0	11	17	552	0		
ALBERTA	65	65	25	333	712	0	0	695	295	0	N/AV	N/AV
PACIFIC	283	283	1,447	1,289	3,611	0	290	471	624	0	2,673	375
YUKON	15	15	12	83	2,852*		25	20	1,297*		N/AV	N/AV
N.W.T.	N/AV at this time											
OVERSEAS/NCR	N/AP	N/AP	207	2,943	N/AP	5	301	4,285	N/AP	131		

* In Yukon, services are provided to all residents, and there is difficulty in distinguishing between native communities and others.

An evaluation of the performance of this activity must take into account the fact that the Indian death rate for certain causes has been, for several decades, many times the national rate. The main causes for this higher mortality were; infectious and parasitic diseases, diseases of the nervous, digestive and respiratory systems (including tuberculosis) and conditions associated with the perinatal period (infant deaths). At present, one of the greatest discrepancies between death rates of Indians and other Canadians is in the category of injury and poisoning. While the Program's efforts have started to produce results, much work remains to be done. On the other hand, in the case of respiratory diseases, which for decades were a leading cause of Indian mortality, the Program is able to point to a remarkable accomplishment, as the death rate from these causes has been dramatically reduced, and is now below the national level. Progress in these areas is illustrated in the following graphs:

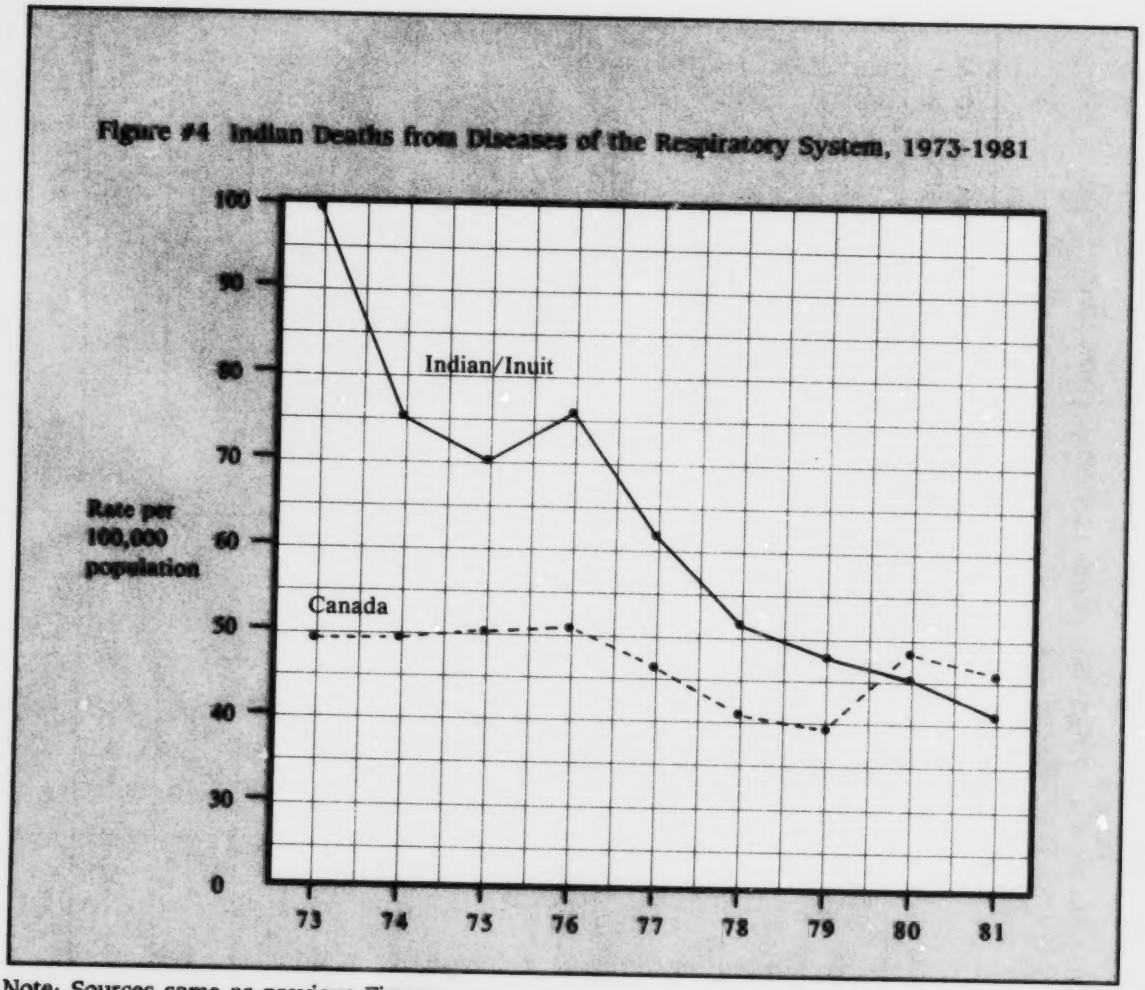
Figure #3 Indian Deaths from Injury and Poisoning, 1973-1981



Source: Statistics Canada.
Source of Indian/Inuit data is Medical Services Program inhouse figures.

Table 2
SUMMARY OF REPORTED DEATHS: INJURY AND POISONING (MAIN CLASSIFICATION XVII)
BY CAUSE, REGION AND SEX
INDIAN – 1983

REGION	SEX	MOTOR VEHICLE	DROWNING	EXPOSURE	FIRE	FALLS	FIREARMS	OVERDOSES	OTHER	TOTALS BY SEX	TOTAL M&F
ATLANTIC	M	3	0	2	0	0	1	1	0	7	10
	F	2	0	0	0	0	0	1	0	3	
QUÉBEC	M	4	4	0	2	1	0	0	10	21	27
	F	2	1	0	1	0	0	0	2	6	
ONTARIO	M	13	11	2	7	3	4	1	16	57	81
	F	6	1	1	4	0	0	2	10	24	
MANITOBA	M	9	9	2	4	1	11	0	22	58	71
	F	4	1	1	0	2	0	0	5	13	
SASKATCHEWAN	M	17	0	2	0	0	1	1	0	7	97
	F	11	0	3	2	0	1	4	9	30	
ALBERTA	M	16	4	3	1	4	10	3	11	52	78
	F	5	3	1	3	0	3	6	5	26	
PACIFIC	M	16	1	4	9	7	0	1	41	79	118
	F	13	1	0	3	2	0	2	18	39	
YUKON	M	0	0	1	0	1	2	1	2	7	10
	F	0	1	0	0	0	0	0	2	3	
N.W.T.	M	0	8	1	0	0	2	0	0	11	10
	F	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
TOTALS BY SEX	M	78	39	22	28	18	41	9	124	359	504
	F	43	8	6	13	5	4	15	51	145	
TOTAL	**M&F**	**121**	**47**	**28**	**41**	**23**	**45**	**24**	**175**	**504**	



Note: Sources same as previous Figures.

Northern Health Services

Objective

To administer and deliver health care programs to all residents of the Yukon and Northwest Territories.

Resource Summary

The Northern Health Services activity accounts for 23.5 per cent of the total program expenditure, and 26.1 per cent of the total person-years.

Description

Because of the similarity between the services offered under the Indian Health Services and the Northern Health Services activities, only the analysis of the former is presented in detail in this review. The following, however, are a few additional points worth highlighting:

- all residents above the 60th parallel, i.e. Indians, Inuit, Métis, non-status Indians and the general population are covered by this service;
- **in the Yukon:**
  - the Medical Services Program serves as the Territorial Health Department, with the Program Medical Officer acting as Chief Medical Officer for the Territory, and
  - the program operates one general hospital, three cottage hospitals, two nursing stations, 10 health centres and four health stations;

A Nurse Visiting Homes in a Northern Saskatchewan Reserve

- **in the Northwest Territories:**
  - the Medical Services Program is responsible for providing acute treatment and preventive health services, except in the more populated centres of Yellowknife, Hay River and Fort Smith. In these centres, the Territorial Department of Health provides acute treatment care, and
  - the Program operates one general hospital (the administration of a second, Frobisher Bay General, was transferred under an agreement with the Territorial Government to be administered by a local management board), two cottage hospitals, 39 nursing stations, eight health centres and a number of health stations;
- **in both Territories:**
  - a number of universities, including McGill, Manitoba, Alberta and the Clarke Institute of Psychiatry (Toronto) provide specialist services, and private and Medical Services dentists as well as dental therapists, serve the entire population;
- the programs of the Community Health sub-activity, as described in the Indian Health Services activity, also apply in the Territories, with the exception of the Community Health Demonstration Program, and
- there is strong support by local territorial governments for the National Native Alcohol and Drug Abuse Program. Regional Advisory Board with representatives from community and Native organizations make recommendations for the approval and funding of community-run projects.

Performance Information and Resource Justification

The considerations for program performance and resource justification discussed in the previous subsection, Indian Health Services, apply to the Northern Health activity. The Medical Services Program is examining the options which could lead to the transfer of responsibility for its health programs and facilities to the Territorial Governments.

A Community Health Representative Providing Advice

Public Service Health

Objective

To provide occupational health services to federal public servants, including surveillance and maintenance of occupational and environmental health factors; pre-employment and other special medical examinations; troubled-employee counselling, and first aid and emergency treatment in the workplace.

Resource Summary

The Public Service Health activity accounts for 2.6 per cent of the total program expenditure, and 6.1 per cent of the total number of person-years.

Description

The Public Service Health activity maintains an occupational health program for the Public Service of Canada under authority delegated to the Department of National Health and Welfare by the Treasury Board. Its task is to promote occupational health and safety and provide health services designed to ensure the health and well-being of all federal employees, regardless of location, and to minimize the incidence of work-related illness. There are 88 Public Service Health facilities across Canada.

In the course of providing these services, Public Service Health staff perform:

Medical Examinations: Pre-employment and periodic examinations are conducted for selected occupations or environments, at the request of the employer, the employee, or for special reasons, and examinations are carried out relating to the Public Service Superannuation Act. Examinations are carried out by nurses when the requirements are within their field of competence, but otherwise by physicians. At places where there are no Medical Services Program clinics, examinations are conducted by designated private physicians. Assessments also may be made by medical officers of the Department of National Defence or the Correctional Service of Canada.

Counselling and Advisory Services: May be provided by physicians, nurses or other health specialists. They include advice to management on problems of individual employee health and on the placement of the permanently or temporarily handicapped and disabled. Counselling services for employees are widely used, and the advice of the nurse is sought on a variety of personal problems. In the past, these might not have been viewed as health-related, but now these problems are recognized as coming within the broad field of responsibility of the Program. In this regard the Employee Assistance Program works to identify and correct drug and alcohol-related problems. In addition, the Program acts as a consultant to all federal departments concerning matters relating to the health of employees.

Emergency Treatment and First Aid: Although the primary role of the occupational health nurse on the Public Service Health staff is to conduct a preventive program, emergency care is also a necessary part of this activity. Also, in addition to responding to emergencies, the staff offers advice and assistance with regard to departmental first aid programs.

Table 3

REPORTED IMMUNIZATION STATUS(1) – 1983

REGISTERED INDIAN, INUIT, AND OTHER NORTHERN POPULATIONS SERVED BY MEDICAL SERVICES BRANCH

	Atlantic (3) Indian	Quebec Indian	Ontario Indian	Manitoba Indian	Sask. Indian	Alberta Indian	Pacific Indian	Yukon (4) Indian	Yukon (4) Other	Yukon (4) Total Yukon	N.W.T. Indian	N.W.T. Inuit	N.W.T. Other	N.W.T. Total N.W.T.
Infants (under 1 yr)														
Population served:	221	398	1,141	1,089	1,084	936	804	52	412	464	208	816	489	1,313
Diptheria, pertussis, tetanus	77%	66%	72%	68%	60%	44%	75%	79%	91%	90%	76%	89%	84%	88%
Polio	73%	63%	72%	67%	61%	46%	75%	79%	91%	90%	76%	89%	83%	84%
Tuberculosis	–	83%	6%	86%	68%	62%	84%	46%	6%	11%	87%	100%	22%	61%
Measles	–	–	–	74%	–	–	2%	13%	0	2%	46%	67%	60%	66%
Preschool (2)														
Population served:	797	1,901	4,728	3,683	4,040	3,124	2,686	196	1,141	1,337	816	1,920	1,591	4,328
Diptheria, pertussis, tetanus	81%	84%	89%	78%	66%	56%	88%	86%	85%	85%	82%	94%	85%	88%
Polio	91%	84%	81%	78%	67%	58%	88%	86%	82%	83%	85%	94%	87%	89%
Tuberculosis	–	81%	12%	85%	68%	72%	61%	46%	11%	16%	82%	100%	41%	97%
Measles	78%	92%	79%	82%	77%	71%	92%	90%	88%	88%	84%	100%	100%	93%
Mumps	78%	92%	79%	79%	77%	71%	89%	90%	88%	88%	78%	100%	81%	92%
Rubella	78%	92%	79%	78%	77%	71%	89%	90%	88%	88%	78%	100%	80%	75%
School Age (2)														
Population served:	2,473	3,816	15,975	11,957	9,566	5,075	2,899	629	4,142	4,771	3,117	6,741	5,918	15,776
Diptheria, pertussis, tetanus	81%	89%	84%	90%	88%	85%	92%	92%	80%	81%	75%	96%	84%	87%
Polio	81%	88%	79%	90%	88%	87%	92%	90%	78%	80%	76%	94%	82%	86%
Tuberculosis		84%	13%	82%	73%	67%	56%	65%	29%	34%	73%	98%	36%	76%
Measles		95%	81%	85%	82%	90%	85%	85%	72%	74%	69%	78%	78%	67%
Mumps		96%	74%	84%	82%	89%	78%	46%	42%	42%	62%	61%	75%	76%
Rubella		97%	83%	85%	82%	90%	85%	87%	68%	71%	72%	82%	73%	69%

NOTES

1. The percentages in this table represent the proportion of children who are up-to-date in their immunizations according to the schedule being used by the region. Immunization schedules may vary slightly from one region to another: usually this is to ensure compatibility with provincial immunization programs. "Up-to-date" in this context means that the child is fully immunized for his or her age, which may not signify total immunity to the disease.
2. "Preschool" is defined as: 1 to 4 years old in Ontario, Manitoba, Alberta, Pacific and N.W.T.;
   1 to 5 years old in Atlantic, Quebec, Saskatchewan and Yukon;
   "School age" is defined as: 5 to 16 years in Pacific;
   5 to 17 years old in Alberta;
   5 to 19 years old in Ontario, Manitoba and N.W.T.;
   6 to 15 years old in Quebec;
   6 to 17 years old in Saskatchewan and Yukon;
   6 to 19 years old in Atlantic.
3. Atlantic: difficult to obtain accurate statistics on school children who attend integrated schools.
4. Yukon Region: records not available for 418 children.

Environmental Surveillance: This service is designed to help maintain a safe working environment. This is achieved either by the regular inspection of work-places or by responding to requests when unsafe working conditions are suspected. Examples of workplace hazards and the type of investigative approaches are shown in the following table:

Table 4

Examples of Hazardous or Potentially Hazardous Workplaces in the Public Service of Canada

WORKPLACE	SELECTED HAZARDS	INVESTIGATIONS
Printing shops	Noise	Noise measurement
	Solvents	Air Sampling and Analysis (ASA)
Welding shops	Fumes (vary with materials used)	ASA, ventilation studies
Laboratories	Toxic chemicals, wide variety	ASA, ventilation studies
	Micro-organisms	
Ships	Noise	Noise measurement
	Climate	N/A
Office buildings	Air quality	ASA, ventilation studies
Cafeterias	Food poisoning	Inspection, sampling
Air traffic control centres	Air quality	ASA, ventilation studies
	Lighting	Measurement
	Noise	Measurement
Miscellaneous	Asbestos	Assessment, sampling

Performance Information and Resource Justification

The goal of this activity is to deliver effective health services to meet the needs of the federal work force.

The demand for resource for the Public Service Health activity is in proportion to the size and the geographic distribution of the work force. Although numbers of Public Service Health staff have been diminished due to cutbacks announced in August 1978 and implemented since 1979, the number of employees has increased in the meantime. Furthermore, the decentralization of certain departments during this period has shifted large numbers of public servants to areas where, previously, numbers were insufficient to justify an occupational health presence. In some instances this has caused a decrease in the level of service, in others, an absence of service.

As explained previously, wider definitions of personal problems which are health-related and, hence, fall within the field of responsibility of the Health Services Activity are now in place. This has also contributed to the workload. In addition, more and more requests for environmental assessments and corrective action are generated because of the construction of new office buildings and the need to assess the condition of existing facilities. This trend is expected to continue in view of the conflicting demands for energy conservation and fresh air.

Quarantine and Regulatory Services

Objective

To provide health inspection of conveyances and of international travellers arriving in Canada, and to offer health information services to Canadian travellers on immunization requirements and other measures to conserve their health while abroad.

Resource Summary

The Quarantine and Regulatory Services Activity accounts for 0.5 per cent of the total program expenditure, and 1.3 per cent of the total number of person-years.

Description

Measures to prevent the importation of diseases into Canada have been in effect since the early eighteenth century. In early days, ships and passengers arriving in Canada introduced many infectious diseases which threatened the survival of the settlements. Crews and settlers were required to have quarantine clearance before moving about the country. Today, the Quarantine and Regulatory Services activity performs this inspection service, both for national and international requirements. Quarantine officers apply the Quarantine Act and Regulations at all major ports of entry, in accordance with Articles laid down by the World Health Organization (WHO) in the International Health Regulations. This is to ensure maximum security against the spread of infectious diseases by ensuring the monitoring of conveyances and people crossing national borders.

Foreign vessels and international aircraft are subject to inspection by Quarantine staff for evidence of rat infestation and validity of required certification. Flight kitchens, catering to national and international carriers, as well as potable water supplies to aircraft, vessels, interprovincial trains and buses are subject to examination. Legislation provides authority to inspect, examine and, if necessary, detain international passengers and carriers entering Canada so that the risk presented to public health can be determined and assessed.

Nurse Commuting Between Villages in Northern British Columbia

Performance Information and Resource Justification

The rapidity and increasing capacity of air transport facilitates the spread of disease and reinforces the requirement for a sound monitoring and health intelligence system. At the present time, attention is focused on the detection of diseases targeted by the WHO, such as yellow fever, cholera and plague, as well as several highly infectious tropical diseases. A contingency plan for the containment of these diseases relies on close provincial and federal cooperation. The Program also provides isolator equipment at major international airports for the transportation of suspect cases to the National Defence Medical Centre in Ottawa.

The number of Canadians who travel internationally is increasing year to year. Public education is an ongoing task and an ever greater challenge. To help Canadians become aware of health hazards abroad, and thus minimize risk by practising primary prevention, the Program conducts information and immunization activities. Literature is provided free of charge, and yellow fever vaccination is offered at 30 designated vaccination centres across Canada. Three information booklets, which are updated each year, are: "Keeping Healthy in Warm Climates," "Malaria Risk Countries" and "Immunization – A Guide for International Travellers."

An Unidentified Nurse on Survival Training in Northern British Columbia

Immigration Medical Services

Objective

To assess the health of prospective immigrants to Canada, as well as that of certain categories of visitors, to determine their health status and thereby safeguard the health of the Canadian public.

Resource Summary

The Immigration Medical Services activity accounts for 1.7 per cent of the total program expenditure, and 2.2 per cent of the total number of person-years.

Description

Under the Immigration Act, 1976, immigrants to Canada are required to undergo a medical examination in the country of application. This examination, conducted by a designated local physician, includes laboratory tests and a chest X-ray. The medical examination report is then reviewed by Medical Services' physicians, who are located at 14 posts abroad and in a number of locations in Canada. Immigration Medical Services provides the Canadian Employment and Immigration Commission (CEIC) with an assessment on each applicant, and also on certain categories of visitors, students and workers entering Canada. The health status assessment evaluates whether a medical condition poses: (a) a danger to the health of the Canadian public, (b) a potential excessive demand on health or social services, or (c) a risk that persons with chronic conditions will not be able to support themselves.

The Canadian health insurance system provides coverage for hospital and physician expenses, but some plans have an eligibility waiting period. Many new arrivals in Canada have no insurance coverage and may incur health-related expenses such as emergency dental care or prescriptions for drugs. To assist settlement of these persons, Immigration Medical Services facilitates treatment and pays the cost of medical care of those persons identified by CEIC as eligible for such assistance.

Performance Information and Resource Justification

The following table provides an overview of the number of medical examinations and assessments.

Table 5
IMMIGRATION MEDICAL EXAMINATIONS AND ASSESSMENTS: 1978-1983

TOTAL MEDICAL EXAMINATIONS AND ASSESSMENTS						
REGION*	**1978**	**1979**	**1980**	**1981**	**1982**	**1983**
ATLANTIC	981	861	872	912	788	620
QUEBEC	5,398	6,250	6,709	8,322	5,864	6,002
ONTARIO	8,239	11,729	9,859	11,019	10,876	8,889
MANITOBA	1,190	1,003	831	1,089	829	759
ALBERTA	2,672	2,031	2,269	2,845	2,569	1,691
PACIFIC	3,358	3,486	3,780	3,938	2,982	2,313
OVERSEAS & NATIONAL CAPITAL	112,812	170,209	194,487	187,710	159,843	118,689
TOTAL	134,650	195,568	218,807	218,858	183,780	138,963

*Examinations and assessments for Saskatchewan are performed by the Overseas and National Capital Region.
Immigration medical program for Yukon and N.W.T.

During 1981, significant changes were introduced to the immigration medical standards, which now reflect current Canadian criteria for the assessment of pulmonary tuberculosis and screening for parasitic diseases. These, and other changes to streamline medical examination procedures, are the result of the ongoing review of the clinical assessment process.

Another service provided by Medical Services to CEIC concerns the Refugee Settlement Program. As noted previously, when certain immigrants and government-sponsored refugees require health services not provided through existing provincial health insurance programs, the cost, upon verification by an Immigration Medical Officer, is borne by the Medical Services Program.

Trends affecting changes to the assessment workload are dictated in the main by economic and political events, especially those creating refugee movements, which can significantly increase immigration levels.

Community Health Training on the Job for Medical Services Branch Employees – from Left to Right: Nicole Riverin, Native Nurse (Montagnaise) from Sept-Isles: Alyre Boudreau, Male Nurse from Natashquan, and Nicole Parent from Quebec Regional Office of Medical Services Branch in Montreal

Civil Aviation Medicine

Objective

To provide advice and assistance to the Ministry of Transport on all matters of aviation medicine including: assessment and advice on the medical examination of civilian aircrews and air traffic controllers for licensing purposes, assessment of health hazards to aircrews, development of medical standards for aviation personnel, participation in aircraft accident investigations, education of aircrews and examiners on aeromedical matters, and identification, coordination and execution of aeromedical research and development.

Resource Summary

The Civil Aviation Medicine activity accounts for 0.8 per cent of the total program expenditure, and 1.5 per cent of the total number of person-years.

Description

The medical examination and fitness criteria for the licensing of civil aviation pilots, flight navigators, engineers and air traffic controllers are defined by the International Civil Aviation Organization, of which Canada is an active member. The Civil Aviation Medicine activity is responsible for the interpretation and application of agreed standards in respect to Canadian civil aviation personnel licensed by the Department of Transport. These standards specify the professional qualifications and knowledge required, as well as fitness criteria governing the licensing of personnel. Since the flight environment is basically hostile to man, there are a multitude of medical, psychological and physiological aspects that are pertinent to the federal civil aeronautics regulatory task and require aviation medicine study and advice.

Since 85 per cent of Canadian aviation accidents involve some degree of human error or failure, it is necessary to provide Transport Canada with the medical and human-factor information that will assist in accident investigations. The necessity to evaluate the significance of medical conditions associated with accidents is inherent in the monitoring and developing of medical standards.

The development of the aviation industry has been so rapid that available aeromedical data is often inadequate to form the basis of an air transport policy. It is therefore necessary to have the potential to carry out, or contract out, research and development work and, by mutual agreement, to have access to knowledge from other countries. Typical examples relate to questions concerning fitness of airline pilots over 60 years of age, problems of emergency oxygen systems in executive jet aircraft, and the fitness of pregnant cabin attendants to carry out emergency procedures.

Perhaps the most important task of Civil Aviation Medicine is in the area of research. Developmental work must continue, for instance, in accident biochemistry, selection procedures for Air Traffic Controllers, the effects of oxygen deprivation and the role of visual and cardiovascular defects in accidents. The findings of such research are of key importance in maintaining and updating the high standards in Civil Aviation Medicine set in Canada.

Performance Information and Resource Justification

The recommendations made by the Dubin Commission, and since adopted by the federal government, require a number of adaptations to a new environment. One recommendation requires the incorporation of basic aeromedical training in the training syllabi for all pilots. It is the Civil Aviation Medicine activity which is responsible for the contents of this training, and for the actual instruction process.

Besides this new type of instruction, the ongoing task of conducting safety support lectures and training seminars for medical examiners must be pursued actively. Handbooks must be written, revised and

updated. Medical standards for newly-developed aircraft, for example ultra-light aircraft, must keep up with technology.

The number of Transport Canada aviation licences and permits requiring medical examinations and assessments has been increasing year by year. In 1981 there were 88 321 civil aviation licences and permits requiring medical examinations in force in Canada, the second largest number in the world. Up to 20 per cent of these examinations give rise to questions of fitness to hold the licence and 6 to 10 per cent have borderline medical conditions requiring more extensive investigation.

Since the nature of the pilot's task changes with advancing aviation technology, and as medical diagnostic techniques improve, medical standards and their interpretation are under continuous study. A key concern for the future is the retention and development of a staff of trained and experienced Aviation Medical Officers capable of anticipating, recognizing and responding to the inevitable changes taking place in the aviation industry.

Prosthetic Services

Objective

To provide rehabilitative services to amputees, including counselling on prosthetic and orthotic devices, fitting of such devices, and their development, manufacture and sale.

Resource Summary

The Prosthetic Services Activity accounts for 0.8 per cent of the total program expenditure and 2.2 per cent of the total number of person-years.

Description

The Prosthetic Services activity achieves its objective by rehabilitating physically handicapped veterans as well as all other handicapped Canadians who prefer government over private services. Such rehabilitation demands the provision of custom-made, medically prescribed prosthetic and orthotic appliances and other devices. Each device must be custom-made to ensure a proper fit if the client is to lead a normal life. Prosthetic Services is further responsible for ensuring that needed appliances are properly manufactured, processed, warehoused and distributed.

Through training and consultation programs, and by providing the appropriate devices, the Prosthetic Services attempts to maximize the rehabilitation and minimize the physical and psychological discomfort of physically handicapped Canadians.

Performance Information and Resource Justification

The federal government is conducting negotiations to transfer Prosthetic Centres to provincially-sponsored organizations. A smooth transfer is necessary to ensure that the patients will receive continuing care.

The transfer of Prosthetic Services Centers to provincial authorities has now been completed in Toronto, Ottawa, Halifax, Regina, Calgary and Edmonton. While the aim is to complete the transfer process by 1985-86, financial restraint measures being exercised by provincial governments render the realization of this goal improbable.

Emergency Services

Objective

To plan, consult, advise and train for the provision of health and welfare services under emergency conditions, and to maintain stockpiles of emergency health and welfare supplies.

Resource Summary

The Emergency Services activity accounts for 0.7 per cent of the total program expenditure, and approximately 1.1 per cent of the total number of person-years.

Description

The Emergency Services activity is responsible for coordinating and maintaining the capability to provide health and welfare services in a national emergency and for assisting provinces in planning, organizing and operating services to meet the health and welfare needs of people in peacetime and wartime disasters. This activity is also responsible for advising on policy, operations and activities related to national and international emergency coordination.

In view of the increased awareness of potential disasters, provincial governments are making greater demands for training courses and assistance in planning emergency procedures. This has necessitated increasing the number of courses provided. The need to establish close liaison with senior officers of other departmental programs and to set up briefing seminars to outline their responsibilities in time of national disaster, resulted in the creation of an Inter-Program Committee. In addition, Emergency Services has undertaken to develop and conduct first aid courses for federal employees, an initiative which has been well received by government departments.

Performance Information and Resource Justification

In May 1981, a new National Emergency Planning Order assigned the Department a number of responsibilities, including planning for a National Emergency Agency. Emergency Services, as the departmental coordinator, is responsible for ensuring that the necessary steps are taken to develop appropriate plans and mechanisms to implement this policy. An Inter-Program Committee on Emergency Planning was established and a working group set up to define the parameters of the National Emergency Agency. In preparation for the creation of this Agency, a review of the emergency equipment and supplies stockpile, as well as the revision of other program duties and planning activities, is underway. The annual costs of updating the stockpile is approximately $500,000; about 90 per cent of this amount is spent on drugs, the remainder covers the cost of medical supplies and equipment.

Owing to the increased interest in emergency planning, both for peacetime and wartime emergencies, provincial demand for assistance from Emergency Services staff has more than doubled in recent years. In three years, the number of students in training programs has risen from 250 to 650 and if more courses were available, upward of 1000 students should be trained each year to satisfy the demand. First Aid training for federal government departments has also increased by more than 125 per cent over the past three years. By the end of the fiscal year 82-83, 140 courses had been conducted with a total enrolment of 2075 public servants. In addition, 35 public servants have qualified as instructors.

The effectiveness of performance can only be adequately assessed in the case of a true emergency, such as a nuclear war or other large-scale disaster. The impact of the Emergency Services activity would then become clear by the reduced incidence of injuries, illnesses and deaths, and reduced social disorientation. In the absence of such calamities, the most relevant indicators of effectiveness are for emergency training and first aid training.

Program Administration

Objective

To provide direction, planning development and administrative support to the Program.

Resource Summary

The Program Administration activity accounts for 2.2 per cent of the total program expenditures, and for approximately 4.7 per cent of total person-years.

Description and Resource Justification

Program Administration provides administrative support to Medical Services units located across Canada and around the world. The work includes: development of planning and information systems, control and management of property and material resources, administration of contribution agreements, planning of facilities, provision of financial services, provision of administrative support services and direction to the Branch.

Table 6
VITAL STATISTICS – 1982
CANADIAN POPULATION

	(1) ATLANTIC	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	B.C.	YUKON	N.W.T.	(1) TOTAL	(1) RATE
POPULATION	1,674,110	6,482,419	8,715,776	1,035,230	979,441	2,317,023	2,790,098	23,737	47,177	24,065,011	–
BIRTHS											
Births in hospital (2)	24,676	N/AV	124,302	16,069	17,679	44,903	42,423	515	1,334	271,901	99.6
Births in other locations (2)	62	N/AV	554	54	43	133	324	10	28	1,208	0.4
Live births	24,748	90,800	124,856	16,123	17,722	45,036	42,747	525	1,362	363,909	15.1
Low birth weight infants	13	16	84	15	20	13	18	3	1	183	0.1
DEATHS											
Still births	173	560	953	100	139	383	317	4	17	2,646	7.2
Perinatal	263	850	1,285	146	195	457	447	11	25	3,689	10.1
Neonatal	144	528	713	106	113	262	267	7	14	2,154	5.9
Post-neonatal	87	256	328	40	73	180	156	4	8	1,132	3.1
Infant	231	800	1,041	146	186	442	423	11	22	3,303	9.1
Maternal	0	0	4	1	0	1	0	0	1	7	0.2
Other deaths	12,887	42,697	62,655	8,344	8,016	12,526	20,284	107	210	167,726	–
Total deaths	13,118	43,497	63,696	8,490	8,202	12,968	20,707	118	232	171,028	7.1
NATURAL INCREASE	11,620	47,303	61,160	7,633	9,520	32,068	22,040	407	1,130	192,881	8.0

NOTES

(1) Atlantic includes PEI, Nova Scotia and New Brunswick, but excludes Newfoundland. The totals and rates shown here likewise exclude Newfoundland.
(2) Unpublished Statistics Canada data. Refers to live births only, while similar data for MSB refer to all births. Data not available for Newfoundland and Quebec.
For explanation of rates, please refer to the definitions at the beginning of this section.
N/AV = not available.
Source: Statistics Canada, cat 84-204, tables 1 and 12; cat 84-203.

Table 7
VITAL STATISTICS – 1983
INDIAN POPULATION

	ATLANTIC	QUEBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	PACIFIC	YUKON	N.W.T.	TOTAL
NUMBER										
POPULATION										
Population served	12,565	15,039	53,146	49,184	51,731	41,682	27,559	3,456	9,018	264,380
Population base	12,565	15,039	53,146	50,683	51,731	41,390	60,063	3,456	9,018	297,491
BIRTHS										
Births in nursing stations	0	0	23	24	N/AV	N/AV	0	0	17	77
Births in hospitals	236	306	990	N/AV	N/AV	1,386	66	212	4,875	
Births in other locations	0	0	116	18	N/AV	N/AV	30	2	0	166
Total births	236	306	1,129	1,469	1,597	1,418	1,396	73	229	6,131
Live births	233	302	1,111	1,441	1,568	1,402	1,383	73	226	6,039
Low birth weight infants	2	19	36	38	86	N/AV	90	N/AV	18	289
DEATHS										
Stillbirths	3	2	18	18	29	16	13	0	3	102
Perinatal	6	3	19	32	33	17	16	0	6	132
Neonatal	3	1	4	15	11	6	3	1	4	48
Post-neonatal	2	7	17	13	20	15	18	0	6	98
Infant	5	8	21	28	31	21	21	1	10	146
Maternal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Other deaths	52	93	280	220	225	240	322	23	41	1,496
Total deaths	57	101	301	248	256	261	343	24	51	1,642
NATURAL INCREASE	176	291	810	1,393	1,312	1,151	1,040	49	175	6,397

Table 7 (Cont'd)
VITAL STATISTICS - 1983
INDIAN POPULATION

	ATLANTIC	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	PACIFIC	YUKON	N.W.T.	TOTAL
RATES*										
BIRTHS										
Births in nursing stations (%)	0.0	2.0	2.0	1.5	N/AV	N/AV	0.0	6.8	7.4	N/AV
Births in hospitals (%)	100	98.0	87.7	97.5	N/AV	N/AV	97.9	90.4	92.6	N/AV
Births in other locations (%)	0.0	00.0	10.3	1.1	N/AV	N/AV	2.1	2.7	0	N/AV
Live births	18.5	26.1	20.9	32.4	30.3	35.9	23.0	21.1	25.1	27.0
Low birth weight infants	0.9	4.8	3.2	5.4	5.5	N/AV	6.5	N/AV	8.0	5.2+
DEATHS										
Stillbirths	12.7	5.1	15.9	10.8	18.2	11.3	9.3	0.0	13.1	12.5
Perinatal	25.4	7.6	16.8	19.3	20.7	12.1	11.5	0.0	26.2	16.3
Neonatal	12.9	2.5	3.6	9.1	7.0	4.3	2.2	13.7	17.1	6.0
Post-neonatal	8.6	17.9	15.3	7.9	12.8	10.7	13.0	0.0	26.5	12.2
Infant	21.5	20.4	18.9	17.1	19.8	15.0	15.2	13.7	44.2	18.2
Maternal	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total deaths	4.5	6.7	5.7	4.9	5.0	6.3	5.7	6.9	5.7	5.5
NATURAL INCREASE	14.0	19.4	15.2	27.5	25.4	27.6	17.3	14.2	19.4	21.5

N/AV = Not available.

* Rates are calculated using the "population base" figure. For an explanation of the rates, please refer to the definitions at the beginning of this section.

\+ Based on live births in those regions reporting low birth weights.

Table 8
VITAL STATISTICS - 1983
INUIT POPULATIONS SERVED BY MEDICAL SERVICES BRANCH

	N.W.T.	
	Number	**Rate**
POPULATION		
Population served	17,080	
BIRTHS		
Births in nursing stations	59	9.2
Births in hospitals	575	90.1
Births in other locations	4	0.6
Total births	638	
Live births	634	37.1
Low birth weight infants	55	8.6
DEATHS		
Stillbirths	4	6.3
Perinatal	14	21.9
Neonatal	12	18.9
Post-neonatal	13	20.5
Infant	25	39.4
Maternal	0	0.0
Other deaths	92	-
Total deaths	117	6.9
NATURAL INCREASE	517	30.3

Table 9
VITAL STATISTICS – 1983
OTHER POPULATION SERVED BY MEDICAL SERVICES BRANCH

	YUKON		N.W.T.		TOTAL	
	Number	**Rate**	**Number**	**Rate**	**Number**	**Rate**
POPULATION						
Population served	19,761		22,347		42,108	
BIRTHS						
Births in nursing stations	12	2.6	23	4.0	35	3.4
Births in hospitals	442	97.0	556	95.9	998	96.3
Births in other locations	2	0.4	1	0.2	3	0.3
Total births	456	–	580	–	1,036	–
Live births	454	23.0	580	26.0	1,034	24.6
Low birth weight infants	N/AV	–	19	3.3	–	–
DEATHS						
Stillbirths	2	4.4	0	0.0	2	1.9
Perinatal	2	4.4	2	3.4	4	3.9
Neonatal	6	13.2	2	3.4	8	7.7
Post-neonatal	2	4.4	4	6.9	6	5.8
Infant	8	17.6	6	10.3	14	13.5
Maternal	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Other deaths	86	–	83	–	169	–
Total deaths	94	4.8	89	4.0	183	4.3
NATURAL INCREASE	360	18.2	491	22.0	851	20.2

Table 10
HOSPITAL STATISTICS 1983-84

HOSPITAL	BEDS SET UP			ADMISSIONS			PATIENT - DAYS			AVERAGE LENGTH OF STAY +		% BED OCCUPANCY**		
	Adults & children	Newborn	Total*	Adults & children	Newborn	Total*	Adults & children	Newborn	Total*	Adults & children	Newborn	Adults & children	Newborn	Total*
ONTARIO REGION														
Sioux Lookout	50	11	65	1,620	269	1,889	9,618	1,580	12,609	6.0	6.0	53%	39%	50%
Moose Factory	98	12	110	2,076	367	2,443	13,203	1,257	17,411	7.0	1.0	49%	4%	43%
MANITOBA REGION														
Norway House	16	3	19	570	49	619	2,341	242	2,846	4.5	3.9	40%	22%	41%
Pauy E. Moose	16	4	20	607	10	617	2,644	35	2,801	4.3	1.1	34%	2%	30%
SASKATCHEWAN REGION														
Fort Qu'Appelle	39	4	55	1,504	30	1,534	12,746	130	12,876	8.7	4.2	58%	9%	67%
ALBERTA REGION														
Stand Indian	N/AV	N/AV	29	N/AV	N/AV	451	N/AV	N/AV	3,808	N/AV	N/AV	N/AV	N/AV	36%
YUKON REGION														
Whitehorse General	87	14	104	3,489	464	3,975	14,190	2,181	17,973	4.2	5.0	45%	43%	47%
Watson Lake	11	2	13	220	24	244	799	81	880	3.8	3.5	20%	11%	19%
Mayo General	16	6	22	137	13	150	563	61	624	4.1	4.7	10%	3%	8%
Faro N/S	5	2	7	189	30	219	584	107	691	3.3	3.7	32%	15%	27%
Father Judge Memorial	5	2	7	50	11	61	96	32	128	1.9	2.9	5%	4%	5%
N.W.T. REGION														
Inuvik General	45	10	55	1,511	212	1,723	7,600	1,169	11,801	6.3	5.7	60%	32%	11%
Fort Simpson General	13	4	17	55	7	62	313	25	338	5.7	3.6	6%	2%	5%
Rae Edzo Cottage	6	2	8	16	15	31	133	11	144	8.3	0.7	6%	2%	5%

+ Refers to Natives only, except in the case of the cottage hospitals (Watson Lake, Mayo, Faro, Father Judge, Fort Simpson and Rae Edzo), where figures refer to all patients.
* May also include long stay
** % Bed occupancy based on number of beds set up
N/AV = Not available

Table 11
HOSPITAL SERVICES 1983-84

HOSPITAL	SURGERY		AMBULATORY VISITS			RADIOLOGY		LABORATORY		PHARMACY	PHYSIOTHERAPY	
	Major	Minor	Emerg	OPD	Total	# Exams	# Std Units	Units In Hospital	Tests Sent Out	(prescriptions filled)	Treatments	Units
ONTARIO REGION												
Sioux Lookout	49	202	8,953	3,275	12,228	3,560	72,255	533,606	7,643	7,184	1,360	34,703
Moose Factory	128	230	6,390	9,002	15,392	3,867	52,520	457,869	6,579	11,251	1,545	33,855
MANITOBA REGION												
Norway House	2	211	1,596	10,735	12,331	2,355	32,431	229,701	8,376	1,294	N/AP	N/AP
Percy E. Moore	0	366	2,494	8,048	10,542	1,770	17,905	236,692	2,488	2,157	103	3,695
SASKATCHEWAN REGION												
Fort Qu'Appelle	24	183	5,083	3,134	8,217	4,162	48,530	557,010	3,043	N/AV	838	23,875
ALBERTA REGION												
Blood Indian	0	1	692	0	692	175	4,498	19,031	1,451	0	0	0
YUKON REGION												
Whitehorse General	1,695	464	12,096	1,995	14,091	6,598	110,996	1,078,699	10,244	4,056	5,749	112,731
Watson Lake	0	257	N/AV	N/AV	3,184	852	N/AV	N/AV	N/AV	1,717	N/AP	N/AP
Mayo General	0	84	N/AV	N/AV	2,844	192	N/AV	N/AV	N/AV	1,861	N/AP	N/AP
Faro H/S	0	75	N/AV	N/AV	4,208	499	N/AV	N/AV	N/AV	1,959	N/AP	N/AP
Father Judge Memorial	0	101	N/AV	N/AV	4,529	227	N/AV	N/AV	N/AV	3,501	N/AP	N/AP
N.W.T. REGION												
Inuvik General	63	417	3,036	12,959	15,995	N/AV	124,826	483,153	5,617	1,125	1,085	23,127
Fort Simpson General	0	0	N/AV	N/AV	1,259	6,367	N/AV	N/AV	N/AV	0	0	0
Rae Edzo Cottage	0	0	N/AV	N/AV	1,927	7,542	N/AV	N/AV	N/AV	0	0	0

N/AV = Not available
N/AP = Not applicable

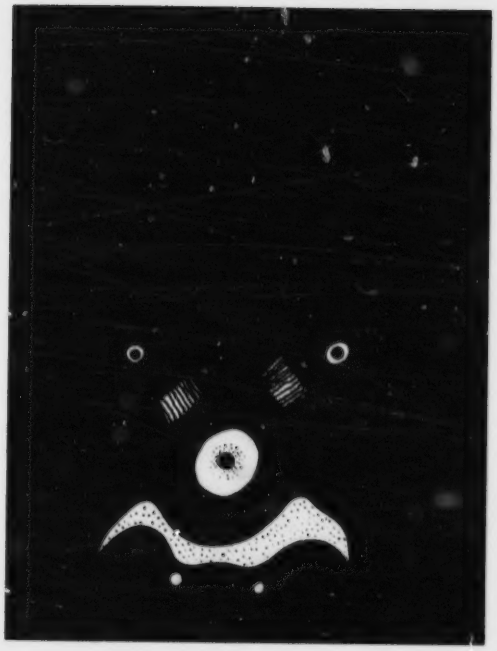
Canada

SERVICES MÉDICAUX

revue annuelle
1982 & 1983

PUBLICATION AUTORISÉE PAR LE MINISTRE
DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

La couverture de la Revue annuelle de l'année dernière est l'œuvre de Jackson Beardy, un artiste canadien remarquable. Malheureusement, Jackson est décédé récemment, dans la fleur de l'âge.



J'ai eu le privilège de connaître Jackson quelques années et de m'en faire un ami. En plus d'être un artiste exceptionnel, c'était un homme réfléchi et généreux qui avait une compréhension extrêmement juste de la santé dans son sens le plus large. Ses tableaux en témoignent d'ailleurs souvent. Son entendement de deux cultures différentes, et sa capacité d'y évoluer aisément, son acceptation de la médecine traditionnelle et du système de soins occidental, ces qualités donnent une idée de la valeur de l'homme et devraient nous inspirer, nous tous qui travaillons dans le domaine des services de santé des Indiens et des populations du Nord.

Au nom de la Direction générale des services médicaux, je désire offrir mes sincères condoléances à sa femme et à sa famille; je tiens aussi à dire que son œuvre continuera longtemps d'être pour nous une source d'enchantement.

L.M. Black

Jackson Beardy avec l'ancien gouverneur général du Canada, le Très Honorable Edward Schreyer

TABLE DES MATIÈRES

Introduction i

Rocky Fiddler ii

Aperçu du Programme 1
- Points saillants 1
- Données de base 1
- Mandat statutaire 2
- Objectif du Programme 2
- Plan d'exécution du Programme 2
- Structure des activités du Programme 3

Perspective de planification 3

Description du Programme 9
- Services de santé des Indiens 9
- Services de santé des populations du Nord 21
- Santé des fonctionnaires fédéraux 23
- Quarantaine et réglementation 27
- Services médicaux de l'immigration 29
- Médecine aéronautique civile 31
- Services de prothèse 33
- Services d'urgence 35
- Administration du Programme 37

SERVICES MÉDICAUX – REVUE ANNUELLE 1982-1983

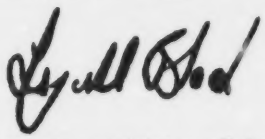
INTRODUCTION

Le présent numéro spécial de la Revue annuelle des Services médicaux entend donner au lecteur un aperçu des objectifs, des activités et des sous-activités qui composent le programme de la Direction générale des services médicaux.

Dans un souci de continuité statistique, les tableaux suivent le même modèle que ceux qui apparaissent dans les numéros antérieurs de la Revue annuelle; cette année cependant la Revue couvre deux années civiles, 1982 et 1983.

La récession économique mondiale n'a pas épargné le Canada. L'inflation, la flambée des taux d'intérêt et la mauvaise conjoncture économique ont eu des répercussions sérieuses sur les ressources dont le Programme dispose et imposé des restrictions budgétaires. Les gestionnaires ont été obligés de scruter constamment l'efficacité des activités et de rajuster les programmes de manière à servir les groupes clients le mieux possible.

À une époque où le changement est notre seule certitude, la Revue annuelle est de son temps et fait peau neuve. Nous aimerions connaître votre opinion sur cette nouvelle présentation et recevoir vos suggestions.



Le Sous-ministre adjoint de la Direction générale des services médicaux,

L.M. Black

L'illustration de la page couverture est une œuvre de Rocky Fiddler intitulée «THE MEDICINE BAG». Tous les «MEDEWIWIN» ou sorciers portaient le sac à médecines. Au sein des collectivités autochtones, tous les dirigeants spirituels le portaient également comme protecteur miniature. Le sac à médecines comprend les symboles des quatre saisons, des quatre vents et des quatre directions de la vie. Au haut du sac à médecines, l'on retrouve la tortue et la grue, les gardiens de la barque de la vie, qui voyagent avec le croyant. Au bas du sac sont dépeints le sorcier et ses vêtements ainsi que les plantes et les herbes, la «MÉDECINE DE LA VIE».

ROCKY FIDDLER

Rocky Fiddler, né le 14 février 1959, est un jeune et talentueux artiste cri de la réserve de Sandy Lake du Nord-Ouest de l'Ontario. Dès sa jeunesse, passée dans la réserve, il fut fort influencé par les attitudes et le mode de vie traditionnels de ses aînés. Il les écoutait relater les légendes sacrées de son peuple et regardait son mentor, Carl Ray, transformer leurs paroles en illustrations visuelles spectaculaires que tous les peuples pouvaient apprécier.

Devenu homme, Rocky sentait que lui aussi avait un message à transmettre concernant son peuple. Il parla de son rêve avec les aînés et Carl, et fort de leur bénédiction, se lança de l'avant. L'admiration qu'il vouait à Carl Ray se reflétait nettement dans son propre style. Il s'inspirait énormément de l'œuvre de Carl dans son interprétation des règnes animal et spirituel et de leur lien avec les légendes sacrées de son peuple, et avec les conflits et situations stressantes que vivent aujourd'hui les peuples de sa nation.

Le grand ami de Rocky, Carl Ray, mourut vers la fin de 1978. Cette grande perte mina énormément la confiance de Rocky qui, à cette époque de sa vie, était affligé de l'arthrite débilitante qui lui causait de vives douleurs physiques. Carl parti, Rocky devint de plus en plus déterminé à poursuivre son rêve. Il utilise encore des techniques de Carl, mais son style est devenu unique et moins austère. Ses représentations s'inspirent toujours des règnes animal et spirituel, mais son œuvre témoigne de plus en plus d'un souci du détail.

L'exposition qu'il présenta à la Galerie d'art Nicholas en avril 1981 constituait un dernier hommage à Carl; il poursuit maintenant les idéals pour lesquels la Conférence des chefs de l'Ontario lui avait accordé le prix d'excellence en 1980. Ils le citèrent pour sa représentation des valeurs et principes traditionnels des autochtones qui sont la promesse d'un avenir meilleur pour tous les enfants.

Le style de Rocky connaît une évolution constante. Son œuvre, auparavant dominée par les représentations symboliques, comporte maintenant davantage d'éléments de la nature. Sa palette est plus riche que celle des autres peintres autochtones et il s'en tient à l'acrylique pour mieux la maîtriser au lieu de faire l'essai de plusieurs média et matériaux.

Rocky Fiddler a exposé aux endroits suivants :

THOMPSON GALLERY – Toronto (Ontario)

TORONTO EATON CENTRE – Ontario

WAH-SA GALLERY – Winnipeg (Manitoba)

Galerie d'art Nicholas – Ottawa (Ontario)

CHÂTEAU MONTEBELLO – Montebello (Québec)

CENTRE NATIONAL DES ARTS – Ottawa (Ontario)

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX

Aperçu du Programme

Points saillants

Les caractéristiques principales du Programme des services médicaux sont résumées ci-après :

- Continuer à mettre en œuvre un programme à l'intention des Indiens, des Inuit et des habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, pour donner à ceux-ci accès à des services de santé qui leur permettront d'atteindre un niveau de santé comparable à celui du reste de la population canadienne; en outre, accroître la qualité et le rendement de ces programmes tout en faisant preuve de modération financière.
  - À l'intérieur de cette activité, deux mesures importantes méritent d'être mises en évidence: le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) et le Programme pilote de santé communautaire.
- Continuer à conseiller les ministères et organismes fédéraux sur les questions de santé relatives au travail et au milieu, et sur tout ce qui touche la santé et la compétence physique de leurs employés.
- Maintenir un programme de vigilance afin de prévenir l'entrée au Canada de substances sujettes à la quarantaine; lutter contre les dangers des maladies transmissibles et continuer à conseiller et éduquer le public à cet égard.
- Poursuivre la préparation et l'application de normes médicales touchant l'aviation civile canadienne afin d'atteindre les objectifs nationaux et de se conformer aux accords internationaux en matière de sécurité aérienne.
- Poursuivre les négociations avec les provinces en vue de transférer à ces dernières la responsabilité des services de prothèse, et, entretemps, continuer à offrir les niveaux actuels de services pour satisfaire la demande.
- Travailler de concert avec les ministères et les organismes fédéraux et provinciaux de même qu'avec divers organismes publics et privés afin d'être toujours prêt à assurer les services de santé et d'assistance sociale nécessaires en cas d'urgence ou de catastrophe d'envergure nationale.

Données de base

Le Programme des services médicaux fait partie du réseau de services de santé grâce auquel le système de soins du Canada est l'un des meilleurs au monde. Il s'agit d'un système complexe, où se croisent les responsabilités incombant aux secteurs fédéral, provincial et municipal. Afin que tous les Canadiens puissent bénéficier d'un programme complet de soins de la plus haute qualité, une coopération et une coordination actives et soutenues doivent être maintenues à tous ces échelons, par un partage des activités et des responsabilités.

En plus des sphères d'activité où le Programme évolue en commun avec les régimes provinciaux de santé, son exécution implique une collaboration quotidienne avec des organismes fédéraux traitant avec les mêmes clientèles ou actifs dans les mêmes secteurs géographiques. Mentionnons, entre autres, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, le ministère des Transports, le ministère de la Défense nationale, le ministère de l'Emploi et de l'Immigration, le ministère du Travail, le ministère de l'Environnement, le ministère des Affaires extérieures et l'Agence canadienne de développement international. Pour être efficace, toutefois, cette interaction doit s'amorcer à l'échelon ministériel, et c'est pourquoi des relations étroites de travail sont entretenues avec d'autres programmes, notamment ceux des Services sanitaires et sociaux, de la Protection de la santé, de la Sécurité du revenu, et de la Condition physique et du Sport amateur.

En remplissant sa part du mandat fédéral à l'égard de la population autochtone du Canada, le Programme des services médicaux fournit ou veille à ce que soient fournis des services de santé à 323 000

Indiens inscrits et à 25 000 Inuit du Canada. Le but poursuivi par le Programme des services médicaux est d'assurer que les autochtones aient accès à un niveau de soins comparable à celui qui est offert aux autres Canadiens.

Outre la population indienne et inuit du Canada, le Programme compte, parmi sa clientèle, les groupes suivants:

tous les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest;
le personnel de l'aviation civile;
les victimes de désastres;
les immigrants, les réfugiés et les résidents temporaires;
les handicapés physiques;
les fonctionnaires du gouvernement fédéral;
les voyageurs internationaux.

Mandat statutaire

Le mandat statutaire du Programme des services médicaux lui vient de l'article 91 des Actes constitutionnels de 1867 et de 1981. Les paragraphes 7, 11 et 24 portent respectivement sur la prestation des services de prothèse, des services de quarantaine et de réglementation, et des services de santé aux Indiens.

En outre, l'autorisation par laquelle le Programme assure des services de santé aux collectivités indiennes repose sur les politiques du gouvernement fédéral depuis 1945. Ensuite, la responsabilité de fournir des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon est indiquée dans une décision du Conseil privé rendue en 1954. Finalement, les services d'évaluation sanitaire découlent des lois suivantes :

la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social;
la Loi sur l'immigration;
la Loi sur la quarantaine;
la Loi sur l'aéronautique.

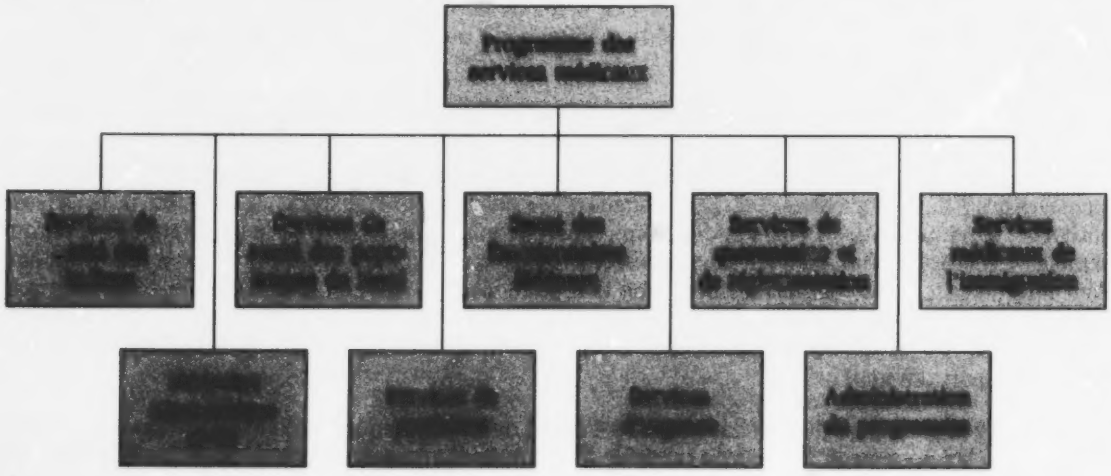
L'engagement du gouvernement fédéral à aider les autochtones à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux du reste de la population canadienne a été réaffirmé en 1979 par l'adoption de la Politique sur la santé des Indiens.

Objectif du Programme

L'objectif du Programme des services médicaux est de «protéger et améliorer la santé des Canadiens dont le soin, en vertu d'une loi ou selon la coutume, relève du Ministère».

Plan d'exécution du Programme

Le Programme des services médicaux est réparti en neuf activités ou secteurs de services, tel qu'indiqué ci-dessous :



Structure des activités du programme

Le Programme comprend dix bureaux régionaux, ayant chacun à sa tête un directeur régional. Les régions correspondent aux frontières provinciales et territoriales, sauf dans le cas de la région de l'Atlantique, qui comprend l'ensemble des provinces maritimes et le Labrador. La province de l'Ontario englobe le bureau régional de l'Ontario et celui d'Outre-mer et de la Capitale nationale. Ce dernier bureau s'occupe principalement des services de santé des fonctionnaires fédéraux et des services médicaux de l'immigration.

Les directeurs régionaux sont responsables des activités suivantes :

Services de santé des Indiens;
Services de santé des populations du Nord;
Services de santé des fonctionnaires fédéraux;
Services de quarantaine et de réglementation;
Services médicaux de l'immigration.

Les activités dont la gestion relève du Bureau central sont :

Médecine aéronautique civile;
Services d'urgence;
Services de prothèses;
Segment des Services de santé des Indiens lié aux contaminants de l'environnement.

Les Services de santé des Indiens et des populations du Nord assurent le fonctionnement de quelque 468 installations allant d'avant-postes de soins infirmiers à des établissements hospitaliers disposant d'un équipement complet. Les principales catégories d'installations utilisées pour dispenser les services de santé sont les suivantes :

- Hôpitaux généraux: établissements où sont offerts des soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, avec services aux malades internes ou externes;
- Pavillons hospitaliers: établissements plus petits que les hôpitaux généraux, disposant de facilités de traitement et de diagnostic limitées;
- Cliniques : unités régionales habituellement affiliées à un hôpital et dirigées par un médecin;
- Postes de soins infirmiers: unités régionales situées à des endroits isolés, où un personnel infirmier est chargé de dispenser des soins aux malades internes ou externes; ces unités peuvent être dotées de 2 à 12 lits et être responsables d'un ou de plusieurs postes sanitaires satellites;
- Centres de santé : unités comprenant un personnel infirmier chargé de mener à bien des programmes de santé publique et de prévention;
- Postes sanitaires : unités régionales situées à des endroits isolés, souvent abritées dans une roulotte et habituellement confiées à la charge d'un représentant en santé communautaire. Ces unités accueillent les cas d'urgence et servent de base d'opérations aux infirmières et aux médecins visiteurs;
- Infirmeries: bâtiments ou locaux permettant aux infirmières ou aux médecins d'offrir des services de consultation externe ou des programmes d'éducation sanitaire.

Perspective de planification

Contexte

On s'attend à ce que les éléments de conjecture suivants influencent le rendement du Programme :

Évolution des profils de morbidité et de mortalité: malgré des diminutions considérables observées dans les taux de mortalité des Indiens, diminutions attribuables en grande partie à l'effort déployé dans le cadre de ce Programme et par d'autres organismes de santé pour combattre les fléaux tels que la tuberculose et les maladies respiratoires, et réduire la mortalité infantile, le taux des décès dans la population

indienne est encore le double de la moyenne nationale. Ainsi, la demande pour les services thérapeutiques du Programme des services médicaux ne diminuera pas dans un avenir prévisible, mais leur impact ne sera peut-être plus aussi important. Entretemps, il est nécessaire de considérer d'autres aspects du problème, comme le suggérait un rapport publié en 1980 par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien sous le titre «Les Indiens-Situation actuelle». Le rapport note entre autres la morbidité et la mortalité attribuables au mode de vie, au milieu, à l'éducation et à l'attitude vis-à-vis de la santé, questions auxquelles le Programme des services médicaux tente de répondre, notamment, par son programme d'hygiène et surveillance du milieu, et par ses activités en santé communautaire.

En raison de ce changement de perspective vers les programmes préventifs, les travailleurs de première ligne tels que les infirmières en santé communautaire, les agents d'hygiène du milieu, les dentothérapeutes, les éducateurs et les nutritionnistes sont devenus le personnel clé du Programme. De plus, dans le cadre du programme de formation des représentants en santé communautaire, des autochtones ont été recrutés sur place pour participer à la prestation de services préventifs au niveau communautaire. La mise en place du programme s'est échelonnée sur les deux dernières décennies et, à l'heure actuelle, 521 représentants en santé communautaire œuvrent dans des collectivités autochtones du pays.

Comme les profils de morbidité et de mortalité confirment le besoin d'accentuer l'effort de prévention, de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, le Programme des services médicaux prévoit l'extension des composantes visant à amener les collectivités autochtones à assumer plus de responsabilité à l'égard de leurs propres projets communautaires de santé.

Évolution de la Politique sur la santé des Indiens : Le 19 septembre 1979, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social annonçait la politique actuelle du gouvernement fédéral sur la santé des Indiens. Dans le cadre de cette politique, on reconnaît ce qu'on appelle les trois «piliers» sur lesquels reposera le partage de la responsabilité pour la santé des Indiens et des Inuit, c'est-à-dire :

- le développement des collectivités indiennes;
- les relations traditionnelles des Indiens avec le gouvernement fédéral;
- le système de santé du Canada et les éléments qui y sont intimement liés relevant des pouvoirs fédéraux, provinciaux ou municipaux.

Les activités du Programme des services médicaux reflètent les priorités de la Politique sur la santé des Indiens en ce qu'elles encouragent l'autodétermination et l'autonomie des collectivités indiennes.

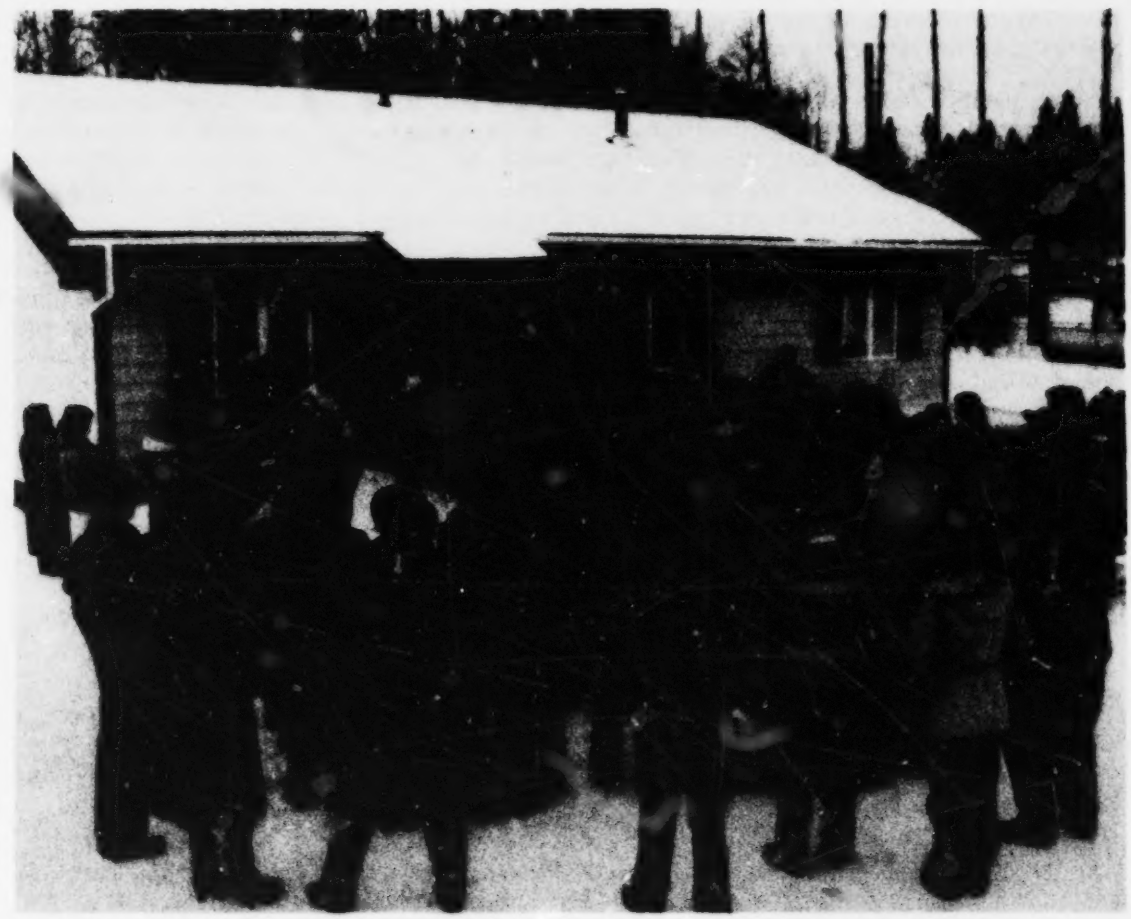
Modifications constitutionnelles, juridiques et politiques : Si l'Acte constitutionnel de 1981 a reconnu les droits actuels des autochtones, ces droits doivent être définis de façon plus précise à la lumière des conclusions de conférences constitutionnelles. Au fur et à mesure que les droits des peuples aborigènes du Canada sont mieux définis et inclus dans la constitution, la population desservie par le Programme des services médicaux peut changer quant à sa composition et à son importance, et elle peut se voir attribuer un autre statut au sein de la société canadienne. Le Programme des services médicaux doit donc s'adapter à ces nouvelles réalités.

L'administration de la Bande de Beaver Lake partage son local avec le poste sanitaire (Région de l'Alberta)

On s'attend à ce que la présentation du rapport du Comité parlementaire spécial sur l'autonomie politique des Indiens donne lieu à un débat en vue d'une modification juridique qui pourrait permettre aux 573 bandes indiennes du Canada d'instituer leur propre palier de gouvernement. Comme les bandes peuvent décider de faire valoir cette autonomie politique dans le secteur de la santé, le rôle présent du Programme pourrait être modifié.

Au niveau politique, parmi les développements qui peuvent toucher le Programme des services médicaux, l'évolution actuelle des territoires vers le statut de provinces est au premier plan. Il est probable qu'il faudra réexaminer le rôle du Programme des services médicaux dans les territoires.

Développement économique : Le chômage est l'un des principaux problèmes qui touchent la santé des autochtones. Au cours des dernières années, des initiatives fédérales et provinciales ainsi que des investissements privés ont mobilisé des ressources pour accroître les chances d'emploi dans les collectivités indiennes ou près de ces localités. Les communautés indiennes cherchent à tirer parti des chances offertes par ces importants développements de ressources, ainsi qu'à étudier les dangers environnementaux découlant de ces développements. La sous-activité Hygiène du milieu du Programme des services médicaux doit être prête à aider les bandes indiennes dans cette évaluation.



Inauguration du poste sanitaire de Sunchild (Alberta).

Initiatives

Les projets suivants résultent de l'effort entrepris dans le cadre du Programme des services médicaux, plus précisément l'activité Services de santé des Indiens, pour encourager les initiatives de prévention et entraide au niveau communautaire :

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) : Il s'agit d'un programme élargi lancé en 1982-1983 et d'une durée prévue de cinq ans, période pour laquelle on a affecté un total de 194 millions de dollars et 185 années-personnes. En plus d'aider les Indiens et les Inuit à freiner et à prévenir l'abus d'alcool et de drogues grâce à des méthodes de traitement et de prévention, le Programme vise à établir un cadre de travail permettant aux collectivités indiennes et inuit de dresser des plans d'action pour lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

Programme pilote de santé communautaire: L'objectif de cette sous-activité est de permettre aux Indiens et aux Inuit d'acquérir de l'expérience dans la direction de programmes de santé administrés par les collectivités elles-mêmes. Les fonds de cette sous-activité servent à soutenir plusieurs projets pilotes qui constitueront une base solide permettant aux responsables du programme, en collaboration avec les autochtones, de mieux comprendre les éléments temps, coûts et avantages associés aux projets communautaires de santé menés par les collectivités.

Ressources humaines

Parmi les employés du Programme des services médicaux, environ trois sur quatre travaillent directement à la prestation des services de santé, deux sur cinq à titre de spécialistes de la santé ou de professionnels dans des domaines connexes, et plus d'un quart sont membres du personnel infirmier.

Alors que les médecins et les infirmières représentent le plus important groupe de professionnels, la prestation des services de santé de base repose dans une mesure plus importante encore sur le personnel local, tels que les représentants en santé communautaire. La majorité d'entre eux sont employés par les bandes indiennes, et payés à même des fonds accordés en vertu d'accords conclus avec ces bandes, à titre individuel, dans le cadre du Programme des services médicaux.

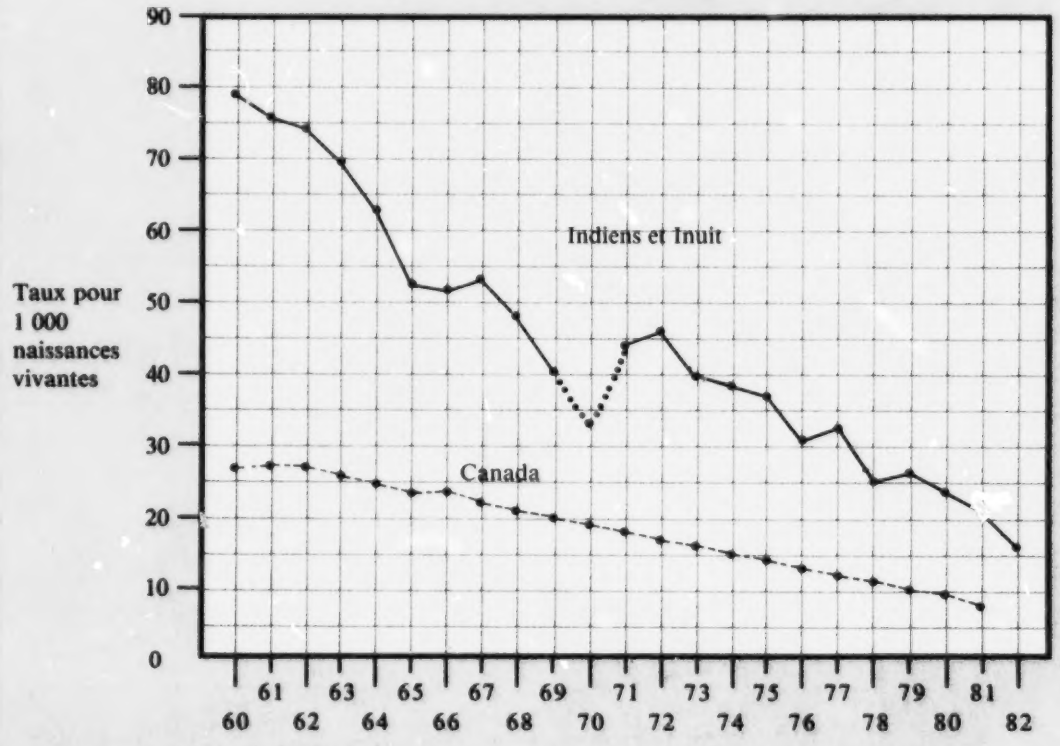
Il importe cependant de remarquer que le succès du Programme relativement à la participation des autochtones ne se limite pas au recrutement de représentants en santé communautaire. On recrute constamment de nouveaux employés indiens et inuit dans le Programme, ce qui a permis de porter à 22 p.100 la proportion des autochtones par rapport à son effectif total. On remarquera également que 2 des 12 postes de cadre du Programme sont occupés par des autochtones.

Poste sanitaire de Sucker Creek aménagé dans une roulotte (Alberta).

Efficacité du Programme

Même s'il est toujours difficile de mesurer les effets des programmes de santé, les statistiques peuvent servir d'indicateurs généraux de performance. Par exemple, on peut considérer que la mortalité infantile est un indicateur important de l'état de santé d'une collectivité. Le tableau ci-après montre les progrès considérables réalisés dans la réduction de la mortalité infantile au cours des 22 dernières années.

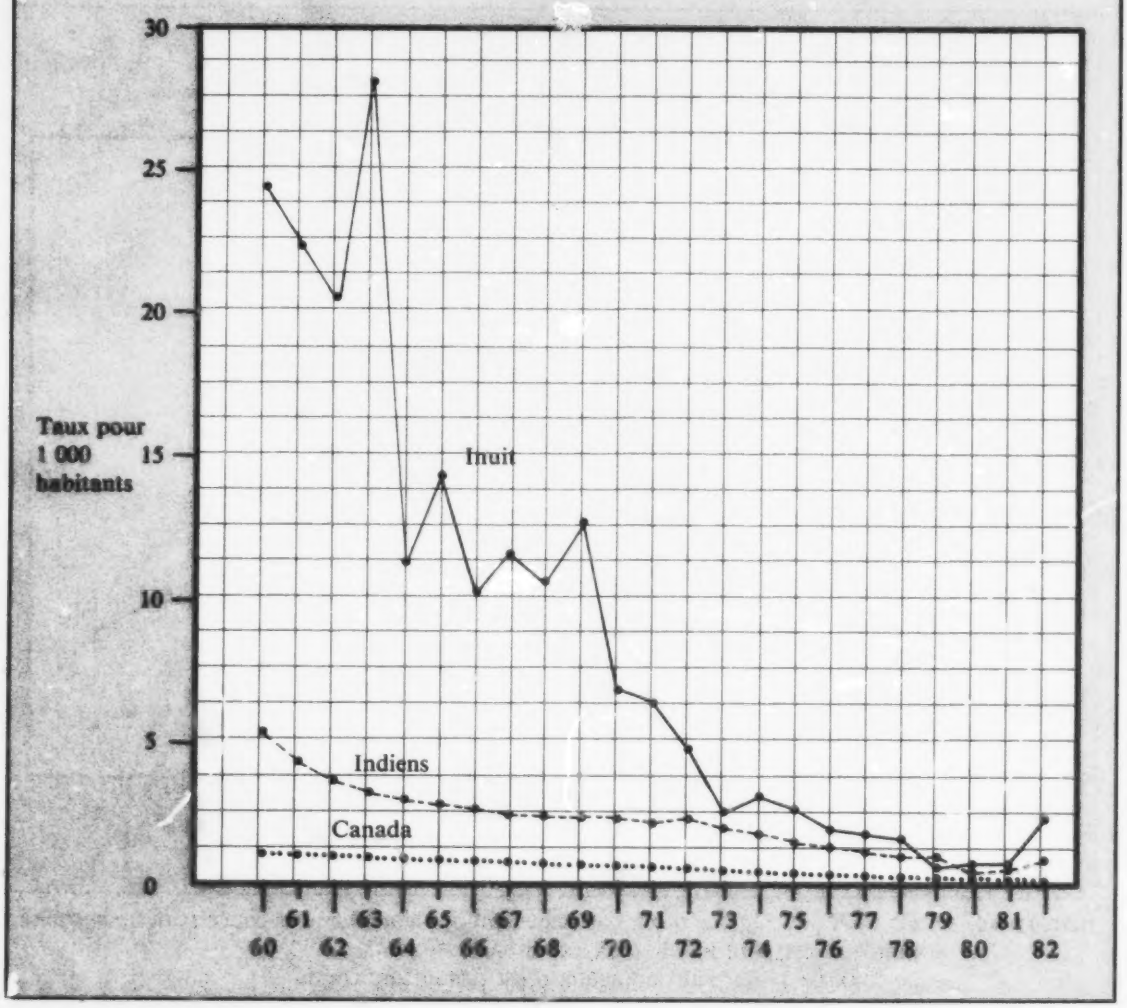
Graphique 1 : Évolution des taux de mortalité infantile chez les Indiens inscrits touchés par le Programme des services médicaux et au Canada, 1960-1982



Remarques: – En 1970, les régions n'ont pas toutes envoyé leurs données concernant la mortalité infantile, c'est pourquoi le taux est si bas.
– Le taux de 1982 pour le Canada n'est pas encore connu.
– Source: Statistique Canada. Les données pour les Indiens et les Inuit proviennent des statistiques internes du Programme des services médicaux.

Le graphique ci-après indique le déclin de la tuberculose depuis 1960.

Graphique 2 : Évolution des taux de tuberculose (nouveaux cas actifs et cas réactivés), 1960-1982



Source : Statistique Canada
Les données pour les Indiens et les Inuit proviennent des statistiques internes du Programme des services médicaux.

Description du Programme

Services de santé des Indiens

Objectif

Aider les Indiens et les Inuit des provinces à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens. La Politique fédérale sur la santé des Indiens sert de complément à cet objectif.

S'alimenter est aussi instinctif que respirer.

État récapitulatif des ressources

L'activité Services de santé des Indiens représente 67,2 p.100 des dépenses totales du Programme et 54,8 p.100 du nombre total d'années-personnes.

Description

Cette activité assure l'accessibilité de services de santé à la population autochtone du Canada par un programme comportant les volets suivants:

- services thérapeutiques essentiels dans les collectivités isolées;
- programmes communautaires de prévention sanitaire (p. ex. éducation sanitaire, hygiène du milieu, nutrition, hygiène dentaire, santé scolaire, programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues);
- soins de santé primaires individualisés (p. ex. santé maternelle et infantile, soins à domicile, soins dentaires, lutte contre les maladies transmissibles).

La proportion des services de soins dispensés directement à la population autochtone dans le cadre du Programme est d'environ 15 p. 100. La plus grande partie des services est assurée grâce à des ententes avec des praticiens d'exercice privé ou des facultés de médecine, à des dispositions de partage des coûts avec d'autres paliers de gouvernement, et, de plus en plus, au moyen de programmes menés par les collectivités autochtones elles-mêmes.

Ces services sont dispensés dans des établissements très variés: maisons privées dans des collectivités isolées, postes de soins infirmiers tout équipés, hôpitaux, etc. Le genre d'établissement dépend à la fois de la population de la collectivité et de son degré d'isolement. Les ressources physiques du Programme consistent en:

14 hôpitaux,
12 cliniques,
96 postes de soins infirmiers,
127 centres de santé,
197 postes sanitaires,
63 infirmeries.

La bonne alimentation s'apprend à la petite école . . .

Comme un des buts du Programme des services médicaux est d'encourager la participation de la collectivité, les installations sont conçues aussi bien en fonction des activités de santé communautaire que de la prestation des services de soins conventionnels. Elles doivent servir de base d'opération aux représentants en santé communautaire chargés des activités de promotion de la santé et de liaison, aux dentothérapeutes qui dispensent l'enseignement et les services de base en matière de santé dentaire, et aux conseillers spécialisés dirigeant des programmes de prévention contre l'abus d'alcool et de drogues.

Ou à l'école de la vie. La viande d'orignal est une excellente source de protéines et de fer et elle ne contient que 4 p. 100 de matières grasses.

Les sous-activités ou éléments des Services de santé des Indiens sont :

Les services de santé communautaire : Cette sous-activité consiste à fournir des services consultatifs et techniques en matière de santé aux Indiens et aux Inuit habitant les provinces. Ces services comprennent :

- l'exécution de programmes de prévention sanitaire par des infirmières, des agents d'hygiène du milieu, des dentothérapeutes, des éducateurs sanitaires, des nutritionnistes, des représentants en santé communautaire et d'autre personnel de santé. Ces programmes visent à améliorer l'état de santé des collectivités par des consultations pour nourrissons, des services d'immunisation, des conseils en matière de nutrition et par la promotion de bonnes habitudes de vie;
- la prestation de services curatifs par des médecins, des infirmières et d'autres employés formés à la prestation des services d'urgence et des services internes et externes;
- la formation de personnel infirmier et d'autre personnel de la santé en vue de les préparer à occuper des fonctions dans les postes isolés;
- la formation de représentants en santé communautaire en vue d'organiser des activités de promotion de la santé et de liaison, qui consistent, par exemple, à aider la collectivité à déterminer ses besoins en matière de santé, à mettre sur pied des activités d'éducation sanitaire, à aider la population à bien profiter des services de santé en place, et à faciliter la prestation de soins de santé primaires dans les villages éloignés;
- la réalisation du Programme pilote de santé communautaire qui permet aux bandes indiennes qui le veulent d'administrer leurs propres services de santé. Ce projet devrait fournir la base d'information nécessaire à la planification d'activités de santé communautaire continues, et il se poursuivra jusqu'en 1985;
- l'exécution de programmes d'hygiène mentale par le personnel des Services médicaux ou dans le cadre de programmes communautaires subventionnés par les contributions du Programme;
- la prestation de services d'information et d'éducation pour appuyer les services de santé communautaire, les programmes éducatifs, le perfectionnement du personnel et la production audiovisuelle.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) : Ce Programme aide les Indiens et les Inuit ainsi que leurs collectivités à mettre sur pied des programmes visant à freiner et à prévenir l'abus de l'alcool, des drogues et des solvants. Le Programme est mis en oeuvre sur l'avis de Conseils consultatifs régionaux composés d'Indiens, d'Inuit et de représentants du gouvernement. Au niveau national, un Conseil consultatif national guide le Ministre et les responsables du programme sur les questions relatives à l'approbation, aux principes directeurs et à l'exécution des projets. Le but immédiat du Programme pilote est de mettre à l'essai et d'évaluer diverses solutions au problème, de façon à établir les bases solides d'un programme continu dirigé par les autochtones eux-mêmes.

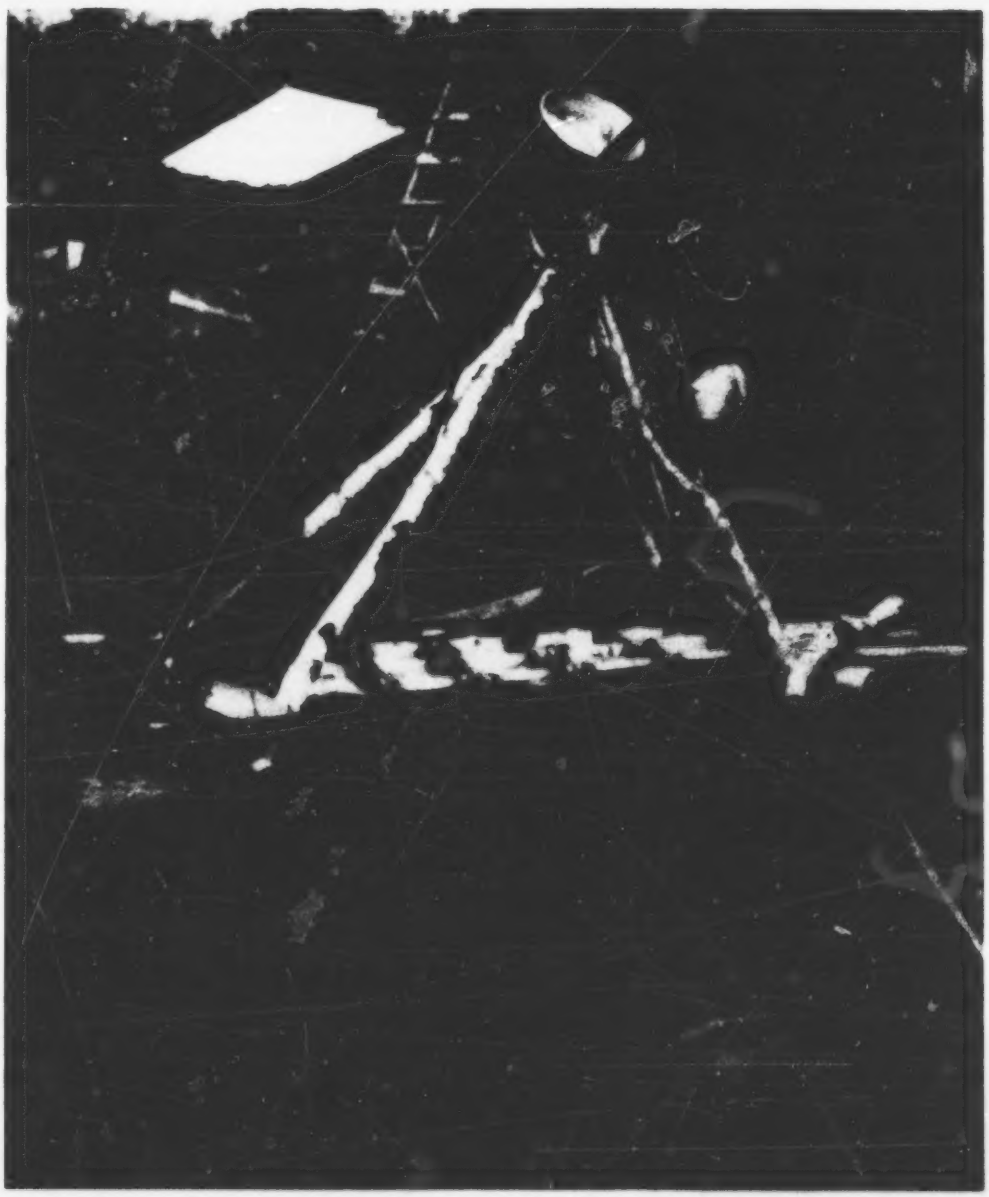
Cette sous-activité comporte les volets suivants :

- la diffusion, par le moyen de divers programmes de sensibilisation communautaire, d'information sur les abus d'alcool et d'autres drogues ou substances, l'encouragement d'attitudes responsables face à l'usage de ces substances et l'énonciation de solutions de rechange; aussi l'assistance, par des services de counseling, aux personnes se livrant à des abus et aux groupes à haut risque afin qu'ils demeurent sobres;
- la formation du personnel des projets communautaires parrainés par le PNLAADA pour assurer la bonne marche du Programme;
- le financement d'établissements de services internes et externes pour offrir des services de counseling et de réadaptation pendant la période de sevrage et de réadaptation, y compris la surveillance ou le traitement continu faisant partie du suivi. Des exemples de ces établissements sont le New Dawn Valley Centre de Fort Qu'Appelle, en Saskatchewan, et le Pedahbun Lodge à Toronto. Un exemple de services externes est le projet dirigé par la Native Alcohol and Drug Abuse Counselling Association à Eskosani, en Nouvelle-Écosse;

- la réalisation de recherches pures et appliquées visant à accroître la connaissance des problèmes de l'abus d'alcool et d'autres drogues ou substances, et des solutions à y apporter.

Hygiène dentaire : Le programme d'hygiène dentaire a pour objectif de voir à ce que tous les Indiens et Inuit puissent recevoir les mêmes services dentaires (comprenant le traitement, la prévention et l'éducation) que tous les autres citoyens.

Cette sous-activité consiste en des programmes de prévention et d'éducation visant à sensibiliser davantage la population, et surtout les enfants d'âge scolaire, aux bienfaits de l'hygiène bucco-dentaire. Des services de diagnostic et d'examen, de traitement dentaire d'urgence, et des programmes annuels d'application préventive de fluorure sont assurés par le personnel du Programme et de plusieurs universités avec lesquelles des contrats ont été conclus.



Une soupe faite avec de la chair ou des têtes de poisson est une bonne source de calcium, surtout lorsque le lait est rare.

Hygiène et surveillance du milieu : Le logement, l'approvisionnement en eau, l'élimination des déchets et la lutte contre les insectes et les rongeurs sont au nombre des multiples facteurs qui influent sur l'état de santé d'une collectivité et qu'il est essentiel de surveiller de près.

L'exécution de méga-projets dans différentes régions du pays a fait surgir, par ailleurs, une gamme de préoccupations nouvelles en ce qui concerne la santé individuelle et communautaire. Comme il est difficile, sinon impossible, de retirer de l'environnement les contaminants tels que le mercure et les PCB, des efforts d'éducation doivent être déployés en permanence en vue d'atténuer leur effet sur la santé. Ces efforts doivent non seulement être axés sur les problèmes à résoudre, mais tenir compte de la culture des populations visées.

Cette sous-activité comporte, entre autres, les volets suivants :

- la surveillance des conditions de l'environnement dans les collectivités indiennes et inuit;
- l'établissement d'une base de données sanitaires sur les conditions du milieu avant la mise en chantier de projets qui pourraient avoir des répercussions sur l'environnement;
- la sensibilisation des autochtones aux conditions du milieu;
- l'application d'une vaste gamme de contrôles, de méthodes, de stratégies et de projets environnementaux (inspections des localités, échantillonnages d'eau, surveillance des contaminants, collecte de données, etc.) en vue de protéger ces groupes.

On décortique le riz sauvage; c'est un aliment très riche en vitamines.

Services hospitaliers : Les hôpitaux administrés par le Programme des services médicaux sont situés dans quatre provinces : Moose Factory et Sioux Lookout (Ontario), Norway House et Peguis Reserve (Manitoba), Fort Qu'Appelle (Saskatchewan), et Blood Reserve (Alberta). Bien qu'à l'origine ils aient été mis sur pied à l'intention des Indiens inscrits, les services hospitaliers sont maintenant accessibles à tous et ils sont reliés aux réseaux provinciaux de soins. Les responsables du Programme voient à l'application des critères du Conseil canadien de l'agrément des hôpitaux et ils exercent des contrôles financiers se rapportant aux hôpitaux et aux établissements de soins.

Dans le Nord, même l'orignal mange à sa faim.

Les hôpitaux administrés dans le cadre du Programme sont très différents les uns des autres pour la taille, la diversité et la gamme des services offerts. Par exemple, l'hôpital général de Moose Factory offre un éventail complet de services diagnostiques, ainsi que des soins médicaux, chirurgicaux, pédiatriques et obstétricaux. Les pavillons hospitaliers et les postes de soins infirmiers, eux, offrent une gamme plus restreinte de services. Certains pavillons hospitaliers et postes de soins infirmiers comptent deux lits seulement et leurs installations de traitement et de services diagnostiques sont limitées. Tous les hôpitaux offrent par contre des services aux malades internes et externes.

La dotation des postes varie aussi d'un établissement à l'autre. Alors que bon nombre des hôpitaux retiennent les services de contractuels des écoles de médecine, d'autres comptent sur les services de médecins-fonctionnaires, et d'autres encore sur les services de médecins d'exercice privé. Bon nombre d'hôpitaux servent de base administrative et logistique pour des activités satellites, qui comprennent les visites médicales, les services de pharmacie et les services d'entretien. Le programme encourage la population locale et autochtone à participer aux activités des comités consultatifs des hôpitaux.

Données sur le rendement et justification des ressources:

L'activité Services de santé des Indiens a pour but principal de continuer à mettre en œuvre un programme qui assure aux autochtones du Canada l'accès aux services de santé, pour leur permettre d'atteindre un état de santé comparable à celui des autres Canadiens. Au cours des dernières années cette clientèle, à l'instar de l'ensemble des Canadiens, a pris conscience des conséquences à long terme de la médecine préventive. La Commission nationale d'enquête sur la santé des autochtones de la Fraternité des Indiens du Canada[1] (1978-1980) demandait que les programmes de médecine préventive soient haussés au premier rang des priorités du système de soins s'adressant aux Indiens, en affirmant que «des programmes diversifiés d'éducation sanitaire, combinés à des mesures de médecine préventive, auront à la longue un effet bien plus salutaire sur la santé des autochtones que les seuls services curatifs».[2] Les buts fixés pour 1984-1985 reflètent les efforts déployés dans le cadre du Programme pour satisfaire à ces exigences, compte tenu des budgets . Ces buts sont :

- de former et employer des dentothérapeutes pour un certain nombre de postes isolés;
- d'améliorer au besoin l'état nutritionnel des autochtones afin de réduire les coûts alimentaires et de promouvoir l'emploi des aliments d'origine locale;
- d'aménager des nouveaux locaux pour mettre en œuvre le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones;
- de porter le taux de vaccination chez tous les nourrissons indiens et inuit de 80 à 85 p. 100 pour la rougeole, et de 75 à 80 p. 100 pour la poliomyélite, la coqueluche, la diphthérie et le tétanos;
- d'encourager l'allaitement maternel des nourrissons, et de faire passer de 40 à 45 p. 100 le pourcentage des mères qui ont recours à cette pratique.

Le besoin de ressources au titre des services de soins est lié à des facteurs tels que la taille, l'âge et la répartition géographique de la clientèle. Des services permanents sont habituellement organisés dans les collectivités indiennes et nordiques isolées comptant plus de 350 habitants. Dans les collectivités moins peuplées, les services sont dispensés par des équipes visiteuses sur une base régulière ou sur appel d'urgence. Toutefois, les collectivités extrêmement isolées sont parfois dotées de services de soins assurés par un personnel résidant.

[1] Devenue l'Assemblée des Premières Nations.

[2] *Priorities for Indian Health Care*, p. 2
Commission nationale d'enquête sur la santé des autochtones, mars 1979.

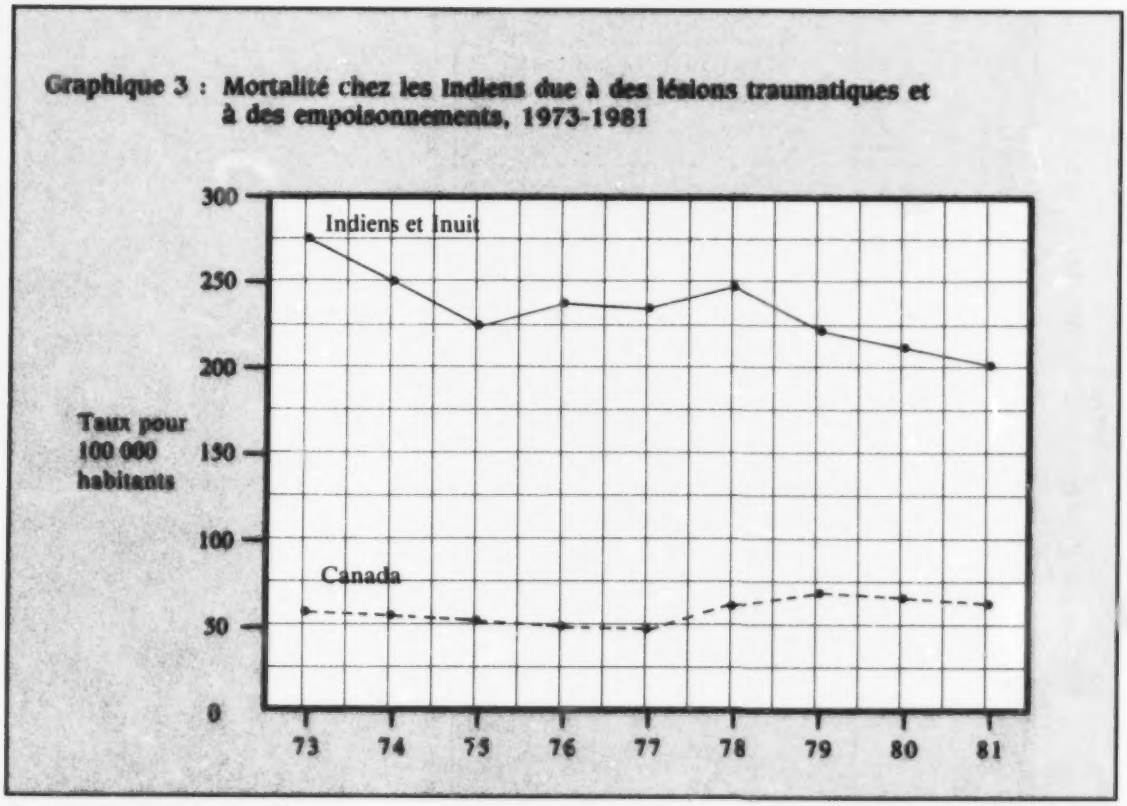
Tableau 1
PROGRAMME D'HYGIÈNE DU MILIEU – 1983

RÉGION	COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES		INSPECTIONS				ANALYSES ET ÉCHANTILLONS				ACTIVITÉS QUARANTENAIRES	
	Nombre	Visitées	Transporteurs publics	Propriété fédérale	Collectivités autochtones	Autres	Transporteurs publics	Propriété fédérale	Collectivités autochtones	Autres	Nombre d'inspections de navires	Nombre de certificats de dératisation délivrés
ATLANTIQUE	29	29	903	2 439	1 268	S/O	594	2 400	977	0	238	
QUÉBEC	28	28	276	149	697	19	1 210	825	713	10	144	0
ONTARIO	82	76	542	1 515	5 272	55	689	1 793	2 568	4	42	31
MANITOBA	55	55	399	259	1 624	22	1 945	409	65	20	22	0
SASKATCHEWAN	76	76	64	163	2 731	0	11	17	552	0		
ALBERTA	65	65	25	333	712	0	0	695	295	0	N/D	N/D
PACIFIQUE	283	283	1 447	1 289	3 611	0	290	471	624	0	2 673	375
YUKON	15	15	12	83	2 852*		25	20	1 297*		N/D	N/D
T.N.-O.	N/D											
OUTRE-MER ET RCN	S/O	S/O	207	2 943	S/O	5	301	4 285	S/O	131		

* Au Yukon, les services sont dispensés à tous les résidents; il est donc difficile de distinguer entre les collectivités autochtones et les autres.

En évaluant la performance de cette activité, il faut prendre en considération que le taux de mortalité des Indiens pour certaines causes se situe, depuis plusieurs décennies, bien au-dessus du taux national. Cette surmortalité pouvait être attribuée en majeure partie aux maladies infectieuses et parasitaires, aux maladies du système nerveux, de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire (y compris la tuberculose), et aux maladies de la période périnatale (mortalité infantile). À l'heure actuelle, un des écarts les plus marqués entre les taux de mortalité chez les Indiens et les autres Canadiens concerne les décès résultant de blessures et empoisonnements. S'il est vrai que les efforts déployés dans le cadre du Programme commencent à porter fruit, il reste encore beaucoup à faire. Par ailleurs, pour ce qui est des maladies respiratoires qui, pendant des dizaines d'années, ont été une des principales causes de mortalité chez les populations indigènes du Nord, le Programme remporte un franc succès: la mortalité attribuable à ces causes accuse un net recul et se situe maintenant en deça du taux national. Les graphiques ci-après montrent les progrès enregistrés à cet égard.

Graphique 3 : Mortalité chez les Indiens due à des lésions traumatiques et à des empoisonnements, 1973-1981

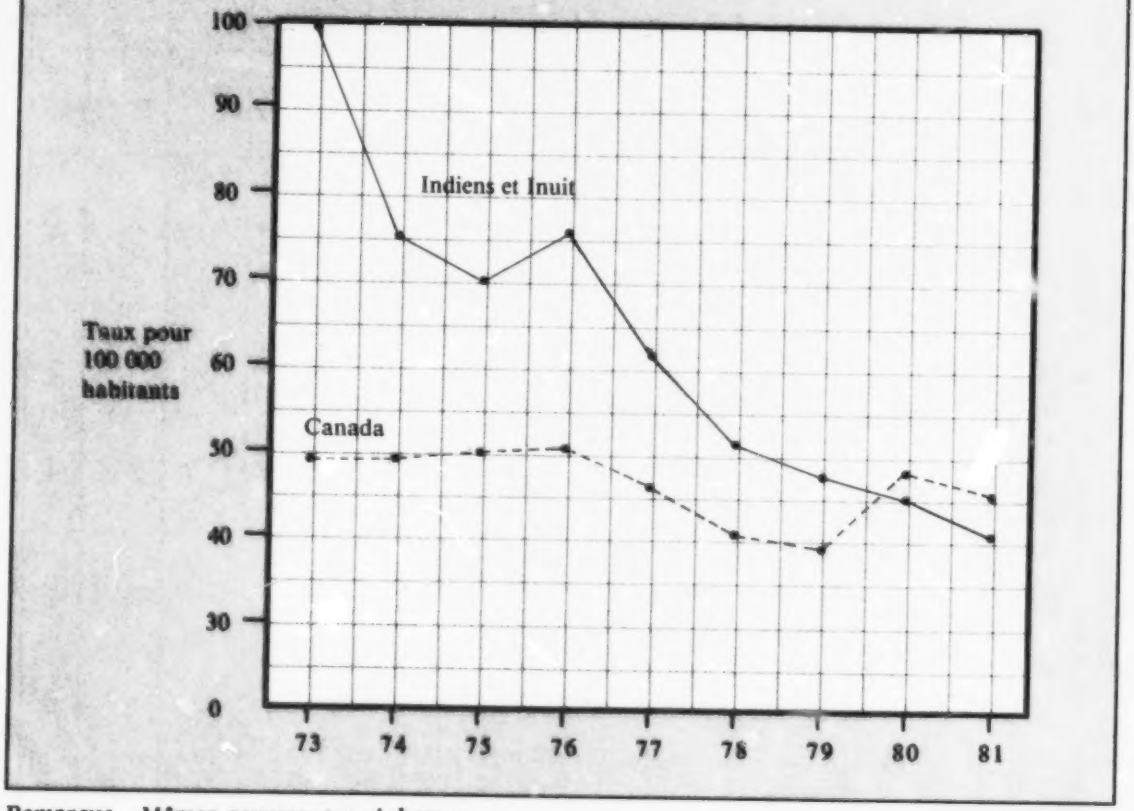


Source: Statistique Canada.
Les données pour les Indiens et les Inuit proviennent des statistiques internes du Programme des services médicaux.

Tableau 2
RÉSUMÉ DES DÉCÈS RAPPORTÉS : LÉSIONS TRAUMATIQUES ET EMPOISONNEMENTS (CLASSIFICATION INTERNATIONALE XVII) PAR CAUSE DE DÉCÈS, PAR RÉGION ET SEXE INDIENS – 1983

RÉGION	SEXE	VÉHICULE AUTOMOBILE	NOYADE	FROID	INCENDIE	CHUTES	ARMES À FEU	OVERDOSE	AUTRE	TOTAUX PAR SEXE	TOTAL M+F
ATLANTIQUE	M	3	0	2	0	0	1	1	0	7	10
	F	2	0	0	0	0	0	1	0	3	
QUÉBEC	M	4	4	0	2	1	0	0	10	21	27
	F	2	1	0	1	0	0	0	2	6	
ONTARIO	M	13	11	2	7	3	4	1	16	57	81
	F	6	1	1	4	0	0	2	10	24	
MANITOBA	M	9	9	2	4	1	11	0	22	58	71
	F	4	1	1	0	2	0	0	5	13	
SASKATCHEWAN	M	17	0	2	0	0	1	1	0	7	97
	F	11	0	3	2	0	1	4	9	30	
ALBERTA	M	16	4	3	1	4	10	3	11	52	78
	F	5	3	1	3	0	3	6	5	26	
PACIFIQUE	M	16	1	4	9	7	0	1	41	79	118
	F	13	1	0	3	2	0	2	18	39	
YUKON	M	0	0	1	0	1	2	1	2	7	10
	F	0	1	0	0	0	0	0	2	3	
T.N.-O.	M	0	6	1	0	0	2	0	0	11	10
	F	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
TOTAUX PAR SEXE	M	78	39	22	28	18	41	9	124	359	504
	F	43	8	6	13	5	4	15	51	145	
TOTAL	M&F	121	47	28	41	23	45	24	175	504	

Graphique 4 : Mortalité due à des maladies de l'appareil respiratoire, chez les Indiens 1973-1981



Remarque : Mêmes sources que ci-dessus.

Services de santé des populations du Nord

Objectif

Administrer et réaliser des programmes de soins de santé pour tous les résidents du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest.

État récapitulatif des ressources

L'activité Services de santé des populations du Nord représente environ 23,5 p. 100 des dépenses totales du programme et 26,1 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

À cause des ressemblances qui existent entre les services offerts dans le cadre des activités Services de santé des Indiens et Services de santé des populations du Nord, seule l'analyse de la première est présentée en détail dans la présente revue. Les points additionnels suivants valent toutefois la peine d'être soulignés :

- tous les résidents au nord du 60e parallèle, c'est-à-dire les Indiens, les Inuit, les Métis, les Indiens non inscrits et le grand public, peuvent bénéficier de ce service;
- **au Yukon :**
  - le Programme des services médicaux joue le rôle de ministère territorial de la Santé, et le médecin du Programme agit à titre de médecin-chef du territoire;
  - le Programme assure le fonctionnement d'un hôpital général, de trois pavillons hospitaliers, de 2 postes de soins infirmiers, de 10 centres de santé et de 4 postes sanitaires;

Une infirmière fait des visites à domicile dans une réserve du nord de la Saskatchewan.

- **dans les Territoires du Nord-Ouest :**
  - le Programme des services médicaux doit assurer des services de traitement des affections aiguës et de soins préventifs, sauf dans les centres plus peuplés de Yellowknife, Hay River et Fort Smith. Dans ces centres, c'est le ministère de la Santé des Territoires qui assure les services de traitement des affections aiguës;
  - le programme assure le fonctionnement d'un hôpital général (l'administration d'un second, l'hôpital général de Frobisher Bay, a été transférée à un conseil de gestion local en vertu d'un accord intervenu avec le gouvernement des Territoires), de 2 pavillons hospitaliers, de 39 postes de soins infirmiers, de 3 centres de santé et d'un certain nombre de postes sanitaires;
- **dans les deux territoires :**
  - un certain nombre d'universités, notamment celles de McGill, du Manitoba et de l'Alberta, et l'Institut de psychiatrie Clarke (Toronto), assurent des services spécialisés; des dentistes d'exercice privé, d'autres attachés au programme et des dentothérapeutes servent toute la population;
- les programmes de la sous-activité Santé communautaire, tels qu'ils sont décrits sous l'activité Services de santé des Indiens, sont également réalisés dans les Territoires à l'exception du Programme pilote de santé communautaire;
- les gouvernements territoriaux appuient fermement le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones. Des conseils consultatifs régionaux formés de représentants des communautés et des organisations autochtones recommandent l'approbation et le financement de ces projets exécutés au niveau communautaire.

Données sur le rendement et justification des ressources

Les considérations relatives au rendement du Programme et à la justification des ressources présentées dans la sous-section précédente, Services de santé des Indiens, valent également pour l'activité Services de santé des populations du Nord. Le Programme des services médicaux étudie à l'heure actuelle différentes possibilités pour transférer la responsabilité de cette activité et de ses installations sanitaires aux administrations territoriales.

Une représentante en santé communautaire à l'œuvre.

Santé des fonctionnaires fédéraux

Objectif

Assurer des services d'hygiène professionnelle aux fonctionnaires fédéraux, y compris la surveillance et le contrôle des facteurs liés à l'hygiène du milieu et du travail. Procéder aux examens médicaux préalables à l'embauchage et aux autres examens spéciaux. Assurer un service de counseling aux employés en difficulté et des premiers soins et traitements d'urgence sur les lieux de travail.

État récapitulatif des ressources

L'activité Santé des fonctionnaires fédéraux représente environ 2,6 p. 100 des dépenses totales du Programme et 6,1 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

L'activité Santé des fonctionnaires fédéraux consiste à exécuter un programme d'hygiène professionnelle dans la Fonction publique du Canada en vertu d'une autorisation déléguée au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social par le Conseil du Trésor. Cette activité a pour objet de promouvoir l'hygiène et la sécurité dans le milieu du travail, et d'assurer des services de santé visant à protéger la santé et le bien-être de tous les employés fédéraux, où qu'ils soient, et à réduire l'incidence de maladies liées au travail. Il y a 88 infirmeries des fonctionnaires fédéraux au Canada.

Les sous-activités suivantes entrent dans cette activité :

Examens médicaux : Il peut s'agir d'examens de pré-embauchage et d'examens périodiques en fonction d'environnements ou de postes spéciaux, d'examens effectués à la demande de l'employeur ou de l'employé pour des raisons particulières et d'examens liés à la Loi sur la pension de la Fonction publique. Les examens sont effectués par des infirmières lorsque ceux-ci sont de leur compétence, sinon par des médecins. Là où il n'existe pas de clinique du Programme des services médicaux, les examens sont effectués par des médecins d'exercice privé désignés. Les évaluations peuvent aussi être effectuées par des médecins du ministère de la Défense nationale ou du Service correctionnel du Canada.

Services de counseling et de consultation: Ces services peuvent être assurés par des médecins, des infirmières ou d'autres spécialistes de la santé. Il peut s'agir de conseils donnés à la direction relativement aux problèmes de santé d'un employé, ou au placement d'employés ayant un handicap ou une invalidité temporaire ou permanente. Le service de counseling des employés répond à de nombreuses demandes, et l'infirmière qui y est affectée doit fournir des conseils sur une foule de problèmes personnels dont les effets sur la santé n'étaient pas toujours reconnus auparavant. Aujourd'hui, il est clair que ceci fait partie du vaste secteur de responsabilité de cette activité. C'est pourquoi le programme d'aide aux employés vise aussi au besoin à dépister les problèmes liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie, et à y trouver des solutions. En outre, le programme assure des services consultatifs à tous les ministères fédéraux pour les questions relatives à la santé des employés.

Traitement d'urgence et premiers soins: Bien que la prévention soit le premier rôle de l'infirmière en hygiène professionnelle de la santé des fonctionnaires fédéraux, les soins d'urgence font aussi partie de cette sous-activité. En plus de prendre des mesures lors des situations d'urgence, le personnel fournit son aide et ses conseils relativement aux programmes de premiers soins au niveau du Ministère.

Tableau 3
ÉTAT IMMUNITAIRE RAPPORTÉ(1) – 1983
INDIENS INSCRITS, INUIT ET AUTRES RÉSIDENTS DU NORD SERVIS PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX

	Atlantique (3) Indiens	Québec Indiens	Ontario Indiens	Manitoba Indiens	Sask. Indiens	Alberta Indiens	Pacifique Indiens	Yukon (4) Indiens	Yukon (4) Autres	Yukon (4) Total	T.N.-O. Indiens	T.N.-O. Inuit	T.N.-O. Autres	T.N.-O. Total
Nourrissons (moins d'un an)														
Population servie :	221	398	1 141	1 089	1 004	936	804	52	412	464	208	516	489	1 213
Diphtérie, coqueluche, tétanos	77%	65%	72%	66%	60%	44%	75%	79%	91%	90%	76%	89%	84%	85%
Polio	73%	63%	72%	67%	61%	46%	75%	79%	91%	90%	76%	89%	83%	84%
Tuberculose	–	83%	6%	86%	65%	62%	54%	46%	6%	11%	87%	100%	22%	61%
Rougeole	–	–	–	74%	–	–	2%	13%	0	2%	46%	67%	60%	66%
Enfants d'âge préscolaire (2)														
Population servie:	797	1 901	4 728	3 683	4 040	3 124	2 686	196	1 141	1 337	816	1 928	1 581	4 325
Diphtérie, coqueluche, tétanos	81%	84%	80%	78%	66%	56%	88%	86%	85%	85%	82%	94%	85%	88%
Polio	91%	84%	81%	78%	67%	58%	88%	86%	82%	83%	85%	94%	85%	89%
Tuberculose	–	81%	12%	85%	68%	72%	61%	46%	11%	16%	82%	100%	41%	97%
Rougeole	78%	92%	79%	82%	77%	71%	92%	90%	88%	88%	84%	100%	100%	93%
Oreillons	78%	92%	79%	79%	77%	71%	89%	90%	88%	88%	78%	100%	91%	92%
Rubéole	78%	92%	79%	78%	77%	71%	89%	90%	88%	88%	78%	100%	90%	75%
Enfants d'âge scolaire (2)														
Population servie:	2 473	3 816	15 975	11 957	9 566	5 075	2 889	629	4 142	4 771	3 117	6 741	5 918	15 776
Diphtérie, tétanos	81%	89%	84%	90%	88%	85%	92%	92%	80%	81%	75%	96%	84%	87%
Polio	81%	88%	79%	90%	88%	87%	92%	90%	78%	80%	76%	94%	82%	86%
Tuberculose		84%	15%	82%	73%	67%	56%	65%	29%	34%	73%	95%	36%	76%
Rougeole		95%	81%	85%	82%	90%	85%	85%	72%	74%	69%	78%	78%	67%
Oreillons		96%	74%	84%	82%	89%	78%	46%	42%	42%	62%	61%	75%	76%
Rubéole		97%	83%	85%	82%	90%	85%	87%	68%	71%	72%	82%	73%	69%

NOTES

1. Les pourcentages donnés dans le présent tableau correspondent à la proportion d'enfants dont les vaccins sont à jour, selon le calendrier en usage dans la région. Les calendriers peuvent varier légèrement d'une région à l'autre, habituellement pour être compatibles avec les programmes provinciaux de vaccination. «À jour» signifie que l'enfant est complètement immunisé pour son âge, ce qui ne signifie pas qu'il soit complètement immunisé contre la maladie.
2. «Enfants d'âge préscolaire» désigne 1 à 4 ans dans les régions de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta, du Pacifique et des T.N.-O.;
   1 à 5 ans dans l'Atlantique, au Québec, en Saskatchewan et au Yukon;
   «Enfants d'âge scolaire» désigne 5 à 16 ans dans la région du Pacifique;
   5 à 17 ans en Alberta;
   5 à 19 ans en Ontario, au Manitoba et dans les T.N.-O.;
   6 à 15 ans au Québec;
   6 à 17 ans en Saskatchewan et au Yukon;
   6 à 19 ans dans la région Atlantique.
3. Atlantique: Il est difficile d'obtenir des données précises relativement aux enfants qui fréquentent des écoles intégrées.
4. Région du Yukon : aucun dossier pour 418 enfants.

Surveillance du milieu : Ce service doit aider à maintenir un milieu de travail sain et sûr. Dans ce but, on procède à des inspections régulières des lieux de travail ou répond à des demandes d'inspection quand les conditions de travail semblent dangereuses. Des exemples des dangers qui peuvent exister sur les lieux de travail et des genres d'enquête utilisées sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 4

EXEMPLES DES LIEUX DE TRAVAIL DANGEREUX OU VIRTUELLEMENT DANGEREUX DANS LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA

LIEU DE TRAVAIL	DANGERS CHOISIS	ÉTUDES
Ateliers d'imprimerie	Bruit Solvants	Mesure de bruit Échantillonnage et analyse de l'air (EAA)
Ateliers de soudure	Vapeurs (varient selon les matériaux utilisés)	EAA, études de système de ventilation
Laboratoires	Grande diversité de produits chimiques toxiques Microorganismes	EAA, études de systèmes de ventilation
Navires	Bruit Climat	Mesure du bruit s/o
Immeubles à bureaux	Qualité de l'air	EAA, études du système de ventilation
Cafétérias	Intoxication alimentaire	Inspection, échantillonnage
Centres de contrôle de la circulation aérienne	Qualité de l'air Éclairage Bruit	EAA, études du système de ventilation Mesure Mesure
Divers	Amiante	Évaluation, échantillonnage

Données sur le rendement et justification des ressources

Le but de cette activité est d'assurer des services efficaces de santé aux fonctionnaires fédéraux.

Les ressources demandées pour l'activité Santé des fonctionnaires fédéraux sont établies en fonction de la taille et de la répartition géographique du personnel. Bien que le nombre d'employés affectés à la santé des fonctionnaires fédéraux ait diminué à cause des coupures (annoncées en août 1978 et mises en oeuvre depuis 1979), le nombre d'employés a grossi dans l'intervalle. En outre, la décentralisation de certains ministères pendant cette période a déplacé un grand nombre de fonctionnaires venus s'ajouter aux employés auparavant trop peu nombreux pour justifier la présence de représentants en hygiène du travail. Parfois, ces réinstallations ont causé une diminution du niveau des services, parfois une absence de service.

Tel qu'il a été souligné précédemment, on reconnaît maintenant le fait que les problèmes personnels aient des effets sur la santé et soient du ressort de l'activité Santé des fonctionnaires fédéraux. La charge de travail des employés de cette activité s'en trouve encore augmentée. En outre, les demandes d'évaluation du milieu et de prise de correctifs augmentent à cause de la construction de nouveaux immeubles à bureaux et de la nécessité d'évaluer les conditions dans ceux qui existent déjà. On prévoit que cette tendance s'accentuera étant donné les conflits entre la nécessité d'économiser l'énergie et celle de fournir de l'air salubre.

Quarantaine et réglementation

Objectif

Assurer l'inspection sanitaire des moyens de transport et des voyageurs internationaux entrant au Canada et offrir aux voyageurs canadiens un service renseignements sur les exigences en matière d'immunisation et les autres mesures de prévention destinées à protéger leur santé lorsqu'ils sont à l'étranger.

État récapitulatif des ressources

L'activité Quarantaine et réglementation représente 0,5 p. 100 des dépenses totales du Programme et 1,3 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

Des programmes destinés à empêcher l'introduction de maladies au Canada ont été instaurés dès le début du dix-huitième siècle. Autrefois, les navires et les passagers arrivant au Canada apportaient un grand nombre de maladies infectieuses qui constituaient une menace pour la survie des nouvelles colonies. Les équipages et les colons étaient soumis à une quarantaine avant d'être autorisés à circuler dans le pays. De nos jours, l'activité Quarantaine et réglementation assure ce service d'inspection en regard des exigences nationales et internationales. Les agents de quarantaine appliquent les dispositions de la Loi et du Règlement sur la quarantaine dans tous les principaux ports d'entrée au pays, conformément aux articles promulgués par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans le Règlement sanitaire international. Ces inspections ont pour but de garantir une protection maximale contre la propagation des maladies infectieuses par la surveillance des moyens de transport et des personnes qui franchissent nos frontières nationales.

Le personnel du service de la quarantaine inspecte les navires étrangers et les aéronefs internationaux afin d'y découvrir toute trace d'infestation par des rongeurs et, au besoin, de vérifier la validité des certificats requis. Les traiteurs des transporteurs aériens nationaux et internationaux sont également soumis à un programme de surveillance, tout comme l'eau potable à bord des avions, des navires, des trains et des autobus interprovinciaux. Aux termes de la loi, le personnel du service de la quarantaine a le pouvoir d'inspecter, d'examiner, et, au besoin, de retenir les passagers et les véhicules internationaux arrivant au Canada afin de déterminer et d'évaluer les risques qu'ils présentent pour la santé publique.

Une infirmière fait la tournée de villages dans le nord de la Colombie-Britannique.

Données sur le rendement et justification des ressources

La rapidité des déplacements et l'augmentation du nombre d'usagers des transports aériens facilitent la propagation des maladies d'un pays à l'autre et illustrent la nécessité d'une surveillance poussée et d'un système de renseignements d'ordre sanitaire. À l'heure actuelle, une attention particulière est portée au dépistage de maladies spécialement désignées par l'OMS comme la fièvre jaune, le choléra et la peste, de même que de plusieurs maladies tropicales hautement infectieuses. Un plan d'urgence, conçu pour prévenir la propagation de ces maladies, ne pourrait être efficace sans une étroite collaboration fédérale-provinciale. Par exemple, le Programme met à la disposition des principaux aéroports internationaux un dispositif d'isolement qui facilite le transfert des cas suspects au Centre médical de la Défense nationale à Ottawa.

Chaque année, de plus en plus de Canadiens effectuent des voyages internationaux, et l'information du public constitue donc une tâche permanente, voire un défi toujours plus important. Le Programme, par le moyen d'activités d'information et d'immunisation, aide les Canadiens à prendre conscience des risques sanitaires auxquels ils s'exposent lorsqu'ils voyagent et à minimiser ces risques par la pratique d'une prévention de première ligne. Le vaccin contre la fièvre jaune est administré sans frais dans trente centres de vaccination désignés partout au pays et des brochures sont fournies gracieusement. Parmi celles-ci trois sont remises à jour chaque année et ont pour titre: Comment rester en bonne santé dans les climats chauds, Les pays avec risque de paludisme, et Immunisation - Guide du voyageur international.

Une infirmière effectue un stage en techniques de survie dans le nord de la Colombie-Britannique.

Services médicaux de l'immigration

Objectifs

Évaluer la santé d'immigrants éventuels au Canada et de certaines catégories de visiteurs pour sauvegarder la santé de la population canadienne.

État récapitulatif des ressources

L'activité Services médicaux de l'immigration représente 1,7 p. 100 des dépenses totales du Programme et 2,2 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

Aux termes de la Loi de 1976 sur l'immigration, les personnes désirant immigrer au Canada doivent se soumettre à un examen médical effectué dans le pays d'origine par un médecin désigné. Cet examen comprend des épreuves de laboratoire et une radiographie pulmonaire. Le rapport d'examen est ensuite étudié par des médecins du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en poste dans 14 missions à l'étranger et à divers endroits au Canada. L'activité Services médicaux de l'immigration permet de fournir à la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada (CEIC) l'évaluation individuelle de chaque candidat à l'immigration, ainsi que de certaines catégories de visiteurs, d'étudiants et de travailleurs entrant au pays. L'évaluation de l'état de santé permet de déterminer si une affection quelconque peut entraîner: a) un risque pour la santé de la population canadienne, b) un fardeau excessif pour les services de santé ou de bien-être social, et c) le risque que des personnes malades ne soient pas aptes à subvenir à leurs besoins.

Le système d'assurance-médicale du Canada couvre les frais d'hospitalisation et de soins médicaux. Certains régimes imposent une période d'attente avant de verser des droits aux prestations. De nombreuses personnes arrivant au Canada ne sont pas assurées, et peuvent avoir des dépenses de santé, comme des soins dentaires d'urgence ou des médicaments d'ordonnance à payer. Pour aider ces individus à s'installer, les Services médicaux de l'immigration facilitent le traitement et supportent le coût des soins médicaux de ceux qui, selon la CEIC, ont droit à cette aide.

Données sur le rendement et justification des ressources

Le tableau ci-après donne un aperçu du nombre d'évaluations et d'examens médicaux réalisés entre 1978 et 1983.

Tableau 5
ÉVALUATION ET EXAMENS MÉDICAUX DES SERVICES MÉDICAUX DE L'IMMIGRATION PAR RÉGION, 1978-1983

TOTAL DES ÉVALUATIONS ET EXAMENS MÉDICAUX DES SERVICES MÉDICAUX						
RÉGION	1978	1979	1980	1981	1982	1983
ATLANTIQUE	981	861	872	912	788	620
QUÉBEC	5 308	6 250	6 709	8 322	5 864	6 002
ONTARIO	8 239	11 728	9 859	11 019	10 876	8 889
MANITOBA	1 190	1 002	831	1 089	829	759
ALBERTA	2 672	3 031	2 269	2 846	3 849	1 691
PACIFIQUE	3 388	3 486	3 780	3 [illegible]	3 [illegible]	2 313
OUTRE-MER ET CAPITALE NATIONALE	112 013	170 209	194 487	187 710	188 843	118 889
TOTAL	134 660	196 568	218 807	216 [illegible]	183 [illegible]	138 963

En 1981, des changements importants ont été apportés aux normes médicales. Celles-ci correspondent maintenant aux critères actuellement appliqués au Canada pour l'évaluation de la tuberculose pulmonaire et le dépistage des parasitoses. Ces changements et les autres effectués pour rationaliser les examens médicaux sont le résultat d'une revue permanente du processus d'évaluation clinique.

D'autres services sont également fournis à Emploi et Immigration Canada dans le cadre du Programme d'établissement des réfugiés. Ainsi, lorsque certains immigrants et réfugiés parrainés par le gouvernement doivent recevoir des services de santé qui ne sont pas offerts par les régimes provinciaux d'assurance-maladie, le coût de ces services est supporté par le Programme des services médicaux après vérification par un médecin de l'immigration.

Les tendances futures en ce qui concerne la charge de travail dépendent donc des événements économiques et politiques, plus particulièrement de ceux qui entraînent des déplacements de réfugiés, parce qu'ils influent sur le nombre des immigrants.

Le personnel de la Direction générale des services médicaux en stage de formation en santé communautaire en cours d'emploi, de gauche à droite: Nicole Riverin, infirmière autochtone (Montagnaise) de Sept-Îles (Québec), Alyre Boudreau, infirmier de Natashquan (Québec) et Nicole Parent, du bureau régional du Québec à Montréal, Direction générale des services médicaux.

Médecine aéronautique civile

Objectif

Conseiller et aider le ministère des Transports pour toutes les questions liées à la médecine aéronautique, notamment procéder à des évaluations et fournir des avis au sujet de l'examen médical des équipages de l'aviation civile et des contrôleurs de la circulation aérienne aux fins de la délivrance de permis, évaluer les dangers pour la santé que courent les équipages, établir des normes médicales pour le personnel de la navigation aérienne, participer à des enquêtes à la suite d'accidents aériens, assurer la formation des membres d'équipage et des inspecteurs en matière de médecine aéronautique, et procéder à la détermination, à la coordination et à l'exécution de travaux de recherche et de développement dans le domaine de la médecine aéronautique.

État récapitulatif des ressources

L'activité Médecine aéronautique civile représente 0,8 p. 100 des dépenses totales du Programme et 1,5 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

Les critères gouvernant les examens médicaux et les normes de condition physique pour les pilotes de l'aviation civile, les navigateurs aériens, les ingénieurs et les contrôleurs de la circulation aérienne sont définis par l'Organisation de l'aviation civile internationale, dont le Canada est un membre actif. L'émission de permis à toutes ces catégories de personnel est contrôlée par ces normes et critères, dont l'activité Médecine aéronautique civile assure l'interprétation et l'application pour répondre aux besoins du ministère des Transports. Ces normes précisent les aptitudes et les connaissances professionnelles nécessaires, de même que les critères relatifs à la condition physique. Étant donné que le milieu de vol est fondamentalement hostile à l'homme, la réglementation de l'aéronautique civile au niveau fédéral comporte une multitude d'aspects médicaux, psychologiques et physiologiques où la médecine aéronautique peut être d'un précieux secours.

Puisque 85 p. 100 des accidents d'avion qui surviennent au Canada sont attribuables du moins en partie à des erreurs ou des défaillances humaines, il importe de fournir au ministère des Transports des données sur les facteurs humains et médicaux en jeu afin de l'aider dans ses enquêtes. De plus, pour assurer la surveillance et l'établissement de normes médicales, l'importance des conditions médicales liées aux accidents doit nécessairement être évaluée.

L'industrie de l'aviation a connu au cours des dernières années un développement si rapide que l'on dispose rarement de données aéromédicales suffisantes pour établir les fondements d'une politique des transports. Il est donc nécessaire d'être en mesure de réaliser ou de faire réaliser par contrat des travaux de recherche et de développement, et, grâce à des ententes réciproques, d'avoir accès aux données d'autres pays en cette matière. Des exemples typiques sont la condition physique des pilotes de plus de 60 ans, les problèmes posés par les systèmes d'alimentation en oxygène d'urgence dans les jets, et l'aptitude des femmes agents de cabine à appliquer les mesures d'urgence lorsqu'elles sont enceintes.

La tâche la plus importante dans le cadre de l'activité Médecine aéronautique civile se situe peut-être dans le domaine de la recherche. En effet, les travaux doivent se poursuivre sur la biochimie des accidents, les modalités de sélection des contrôleurs aériens, les effets de la désoxygénation, et le rôle des déficiences visuelles et cardiovasculaires dans les accidents. Les conclusions de ces recherches revêtent la plus grande importance pour le maintien et la mise à jour de normes élevées dans le domaine de la médecine aéronautique civile au Canada.

Données sur le rendement et justification des ressources

Les recommandations formulées par la Commission Dubin et adoptées depuis lors par le gouvernement fédéral nécessitent un certain nombre d'éléments nouveaux. Ainsi, l'une de ces recommandations

exige l'addition de cours de base en médecine aéronautique au programme de formation de tous les pilotes. C'est d'ailleurs dans le cadre de l'activité Médecine aéronautique civile que doit être établi le contenu de ces cours et que ceux-ci doivent être donnés. En plus de ce nouveau type de formation, des exposés sur la sécurité et des colloques de formation pour les médecins-examinateurs doivent continuer à être présentés. Des manuels doivent aussi être écrits, révisés et mis à jour, et des normes médicales doivent être élaborées pour de nouveaux types d'appareils, comme les avions ultra-légers, afin de suivre l'évolution technologique.

Le nombre de licences et de permis délivrés par le ministère des Transports dans le domaine de l'aviation et nécessitant des évaluations et des examens médicaux augmente d'année en année. En 1981, 88 321 licences et permis de vol nécessitant des examens médicaux étaient en vigueur au Canada, plaçant ce pays au deuxième rang mondial pour le nombre. Jusqu'à 20 p. 100 de ces examens demandaient de juger si la condition physique de l'individu permet l'octroi d'un permis, et entre 6 et 10 p. 100 faisaient ressortir un état de santé incertain nécessitant une enquête plus approfondie.

Comme la nature de la tâche du pilote évolue au même rythme que les techniques de l'aviation, et à mesure que les méthodes de diagnostic s'améliorent, les normes médicales et leur interprétation doivent faire l'objet d'une étude continuelle. Un des principaux défis sera d'assurer le maintien et le perfectionnement d'une équipe professionnelle qualifiée et expérimentée dans le domaine de l'aéronautique, capable de prévoir et de reconnaître les changements inévitables qui surviendront dans ce secteur et de s'y adapter.

Services de prothèse

Objectif

Assurer des services de réadaptation aux amputés, y compris des conseils sur les prothèses et les orthèses, leur ajustement, leur conception, leur fabrication et leur vente.

État récapitulatif des ressources

L'activité Services de prothèse représente 0,8 p. 100 des dépenses totales du Programme et 2.2 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

L'objectif de l'activité Services de prothèse est atteint par la réadaptaton des anciens combattants aux prises avec un handicap physique, ainsi que de tous les autres Canadiens handicapés qui préfèrent les services du gouvernement aux services privés. Ce genre de réadaptation exige la fourniture de prothèses et d'orthèses, ainsi que d'autres appareils, prescrits par un médecin et faits sur mesure. Chaque appareil doit être fait sur mesure pour s'ajuster parfaitement et permettre ainsi au client de mener une vie normale. L'activité Services de prothèse consiste en outre à voir à ce que les appareils requis soient fabriqués, préparés, entreposés et distribués de façon appropriée.

Par des programmes de formation et de consultation et la fourniture des appareils appropriés, l'activité Services de prothèse vise à maximiser la réadaptation et à minimiser l'inconfort physique et psychologique des Canadiens souffrant d'un handicap physique.

Données sur le rendement et justification des ressources

Le gouvernement fédéral poursuit des négociations pour céder les centres de prothèses à des organismes subventionnés par les provinces. Le processus doit être graduel de façon à ce que les clients bénéficient d'un service ininterrompu.

La cession des centres de prothèses aux autorités provinciales est maintenant terminée à Toronto, Ottawa, Halifax, Regina, Calgary et Edmonton. Bien que le but soit de terminer l'opération avant la fin de 1985-1986, les restrictions financières actuelles des gouvernements provinciaux rendent sa réalisation improbable.

Services d'urgence

Objectif

Planifier, consulter, conseiller et assurer la formation pour être en mesure d'offrir des services de santé et de bien-être en cas d'urgence, et maintenir des réserves de fournitures de santé et de bien-être en cas d'urgence.

État récapitulatif des ressources

L'activité Services d'urgence représente 0,7 p. 100 des dépenses totales du Programme et environ 1,1 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description

L'activité Services d'urgence a pour objet de coordonner et de maintenir la capacité du pays d'assurer des services de santé et de bien-être en cas d'urgence nationale, et d'aider les provinces à planifier, à organiser et à mettre en oeuvre des services visant à répondre aux besoins de la population dans l'éventualité de catastrophes en temps de paix ou de guerre. Cette activité consiste également à fournir des conseils sur la politique et les activités relatives à la coordination des opérations d'intervention en cas d'urgence nationale ou internationale.

Parce que la population est davantage sensibilisée aux désastres possibles, les gouvernements provinciaux demandent de plus en plus de cours de formation et d'aide pour la planification. Il a donc fallu augmenter le nombre de cours par rapport aux années précédentes. La nécessité d'établir une étroite liaison avec les cadres supérieurs des autres programmes du Ministère et d'organiser des séances d'information pour définir leurs responsabilités en cas de catastrophe nationale a mené à la création d'un comité interprogrammes. De plus, les responsables des Services d'urgence ont entrepris d'élaborer et de donner des cours de premiers soins pour les employés fédéraux, initiative qui a été bien accueillie par les ministères gouvernementaux.

Données sur le rendement et justification des ressources

En mai 1981, un nouveau Décret sur la planification d'urgence a assigné au Ministère un certain nombre de responsabilités, y compris la planification d'une Régie nationale d'urgence. L'activité Services d'urgence, par son rôle de coordination au sein du Ministère, doit assurer la prise des mesures nécessaires pour l'élaboration des plans et moyens appropriés afin d'appliquer cette politique. Un comité interprogrammes sur la planification d'urgence a été institué, et un groupe de travail mis sur pied pour définir les paramètres de la Régie nationale d'urgence. En vue de la création de la Régie, un examen de l'équipement et des fournitures d'urgence en stock, ainsi que la révision des rôles et activités des programmes de planification d'urgence, est actuellement en cours. Les coûts annuels de la mise à jour des stocks sont d'environ 500 000 dollars, dont à peu près 90 p. 100 servent à l'achat de médicaments, et le reste à l'achat de fournitures et d'équipement médicaux.

Comme on s'intéresse de plus en plus à la planification d'urgence aussi bien en temps de paix qu'en temps de guerre, les provinces demandent de plus en plus l'aide au personnel des Services d'urgence et cette demande a plus que doublé au cours des dernières années. En trois ans, le nombre de participants est passé de 250 à 650, et s'il y avait plus de cours, il faudrait former chaque année plus de 1000 personnes pour satisfaire la demande. La formation de secouristes pour les ministères fédéraux a également augmenté de plus de 125 p. 100 au cours des trois dernières années. À la fin de l'année financière 1982-1983, 140 cours auront été donnés à un total de 2075 fonctionnaires. En outre, 35 fonctionnaires ont obtenu le titre d'instructeur.

L'efficacité du rendement ne pourrait être évaluée de façon adéquate qu'en cas d'urgences véritables, par exemple une guerre nucléaire ou une autre catastrophe majeure. Les résultats de l'activité Services d'urgence se traduiraient alors concrètement par un nombre réduit de blessures, de maladies et de décès, et une moins grande désorientation sociale. En l'absence de telles calamités, les seuls chiffres pertinents sur le rendement sont les chiffres sur la formation en cas d'urgence et les cours de premiers soins.

Administration du Programme

Objectif

Assurer l'orientation et la planification du Programme, l'établissement des politiques, et la prestation de services de soutien administratif.

État récapitulatif des ressources

L'activité Administration du programme représente 2,2 p. 100 des dépenses totales du Progamme et environ 4,7 p. 100 du nombre total des années-personnes.

Description et justification des ressources

L'activité Administration du programme assure des services de soutien administratif aux employés des Services médicaux en poste dans tout le Canada et à l'étranger. Les services comprennent l'établissement de systèmes de planification et d'information, le contrôle et la gestion des biens et des approvisionnements, l'application des accords de contribution, la planification des installations, la prestation de services financiers et de services de soutien administratif, et l'administration de la Direction générale.

Tableau 6
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – 1982
POPULATION CANADIENNE

	(1) ATLANTIQUE	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASK	ALBERTA	C.-B.	YUKON	T.N.-O.	(1) TOTAL	(1) POURCENTAGE
POPULATION	1,674,110	6,482,419	8,715,776	1,035,230	979,441	2,317,023	2,790,098	23,737	47,177	24,065,011	–
NAISSANCES											
Naissances dans des hopitaux (2)	24,676	N/D	124,302	16,069	17,679	44,903	42,423	515	1,334	271,901	99.6
Naissances dans d'autres endroits (2)	62	N/D	554	54	43	133	324	10	28	1,208	0.4
Naissances vivantes	24,748	90,800	124,856	16,123	17,722	45,036	42,747	525	1,362	363,909	15.1
Nouveau-nés de faible poids à la naissance	13	16	84	15	20	13	18	3	1	183	0.1
DÉCÈS											
Mortinaissances	173	560	953	100	139	383	317	4	17	2,646	7.2
Périnatals	263	850	1,285	146	195	457	447	11	25	3,689	10.1
Néonatals	144	528	713	106	113	262	267	7	14	2,154	5.9
Post-néonatals	87	256	328	40	73	180	156	4	8	1,132	3.1
Nourrissons	231	800	1,041	146	186	442	423	11	22	3,302	9.1
Maternels	0	0	4	1	0	1	0	0	1	7	0.2
Autres décès	12,887	42,697	62,655	8,344	8,016	12,526	20,284	107	210	167,726	–
Total des décès	13,118	43,497	63,696	8,490	8,202	12,968	20,707	118	232	171,028	7.1
ACCROISSEMENT NATUREL	11,620	47,303	61,160	7,633	9,520	32,068	22,040	407	1,130	192,881	8.0

NOTES

(1) L'Atlantique comprend l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, mais non Terre-Neuve. Les totaux et les pourcentages donnés ici excluent donc Terre-Neuve.
(2) Données inédites de Statistique Canada. N'indique que les naissances vivantes, tandis que les données correspondantes de la DGSM indiquent toutes les naissances. Données non disponibles pour Terre-Neuve et Québec.

Vous trouverez une explication des pourcentages en vous reportant aux définitions données au début de la présente section.
N/D = Non disponible.
Source: Statistique Canada, cat. 84-204, tableaux 1 et 12; cat. 84-203.

Tableau 7
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – 1983
POPULATION INDIENNE

	[illegible]		ONTARIO		[illegible]		PACIFIQUE		T.N.-O.	
NOMBRE										
POPULATION										
Population servie	[illegible]		85 140	[illegible]	84 731	[illegible]	27 869	[illegible]	9 018	
Population de base	[illegible]		85 140	[illegible]	84 731	[illegible]	60 065	[illegible]	9 018	
NAISSANCES										
Naissances dans des postes de soins infirmiers (%)	[illegible]		29	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	17	
Naissances dans des hôpitaux (%)	[illegible]		980	[illegible]	[illegible]	[illegible]	66	[illegible]	[illegible]	
Naissances dans d'autres endroits (%)	[illegible]		116	[illegible]	[illegible]	[illegible]	20	[illegible]	0	
Total des naissances	[illegible]	[illegible]	1 129	[illegible]	1 897	[illegible]	1 396	[illegible]	[illegible]	
Naissances vivantes	[illegible]	[illegible]	1 111	[illegible]	1 868	[illegible]	1 383	[illegible]	[illegible]	
Nouveau-nés de faible poids à la naissance	[illegible]	[illegible]	36	[illegible]	[illegible]	[illegible]	90	[illegible]	18	
DÉCÈS										
Mortinaissances	[illegible]	[illegible]	18	[illegible]	29	[illegible]	13	[illegible]	3	[illegible]
Périnatals	[illegible]	[illegible]	19	[illegible]	33	[illegible]	16	[illegible]	6	[illegible]
Néonatals	[illegible]	[illegible]	4	[illegible]	11	[illegible]	3	[illegible]	4	[illegible]
Post-néonatals	[illegible]	[illegible]	17	[illegible]	20	[illegible]	18	[illegible]	6	[illegible]
Nourrissons	[illegible]	[illegible]	21	[illegible]	31	[illegible]	21	[illegible]	10	[illegible]
Maternels	[illegible]	[illegible]	0	[illegible]	0	[illegible]	0	[illegible]	0	[illegible]
Autres décès	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total des décès	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ACCROISSEMENT NATUREL	176	[illegible]	810	[illegible]	1 312	[illegible]	1 040	[illegible]	175	[illegible]

Tableau 7 (suite)
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – 1983
POPULATION INDIENNE

	ATLANTIQUE	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	PACIFIQUE	YUKON	T.N.-O.	TOTAL
POURCENTAGES*										
NAISSANCES										
Naissances dans des postes de soins infirmiers (%)	0,0	2,0	2,0	1,5	N/D	N/D	0,0	6,8	7,4	N/D
Naissances dans des hôpitaux (%)	100	98,0	87,7	97,5	N/D	N/D	97,9	90,4	92,6	N/D
Naissances dans d'autres endroits (%)	0,0	00,0	10,3	1,1	N/D	N/D	2,1	2,7	0	N/D
Naissances vivantes	18,5	26,1	20,9	32,4	30,3	33,9	23,0	21,1	25,1	27,0
Nouveau-nés de faible poids à la naissance	0,9	4,8	3,2	5,4	5,5	N/D	6,5	N/D	8,0	5,2+
DÉCÈS										
Mortinaissances	12,7	5,1	15,9	10,8	18,2	11,3	9,3	0,0	13,1	12,5
Périnatals	25,4	7,6	16,8	19,3	20,7	12,1	11,5	0,0	26,2	16,2
Néonatals	12,9	2,5	3,6	9,1	7,0	4,3	2,2	13,7	17,7	6,0
Post-néonatals	8,6	17,9	15,3	7,9	12,8	10,7	13,0	0,0	26,5	12,2
Nourrissons	21,5	20,4	18,9	17,1	19,8	15,0	15,2	13,7	44,2	18,2
Maternels	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total des décès	4,5	6,7	5,7	4,9	5,0	6,3	5,7	6,9	5,7	5,5
ACCROISSEMENT NATUREL	14,0	19,4	15,2	27,5	25,4	27,6	17,3	14,2	19,4	21,5

N/D = Non disponible.

* Les pourcentages ont été calculés à partir de la «population de base». Vous trouverez une explication des pourcentages en vous reportant aux définitions données au début de la présente section.

\+ Calculé sur les naissances vivantes dans les régions signalant des poids insuffisants à la naissance.

Tableau 8
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – 1983
POPULATION INUIT SERVIE PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX

	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	
	Nombre	**Pourcentage**
POPULATION		
Population servie	17,080	
NAISSANCES		
Naissances dans des postes de soins infirmiers	59	9,2
Naissances dans des hôpitaux	575	90,1
Naissances dans d'autres endroits	4	0,6
Total des naissances	638	
Naissances vivantes	634	37,1
Nouveau-nés de faible poids à la naissance	55	8,6
DÉCÈS		
Mortinaissances	4	6,3
Périnatals	14	21,9
Néonatals	12	18,9
Post-néonatals	13	20,5
Nourrissons	25	39,4
Maternels	0	0,0
Autres décès	92	–
Total des décès	117	6,9
ACCROISSEMENT NATUREL	517	30,3

Tableau 9
STATISTIQUES DE L'ÉTAT CIVIL – 1983
AUTRE CLIENTÈLE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES MÉDICAUX

	YUKON		T.N.-O.		TOTAL	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
POPULATION						
Population servie	19 761		22 347		42 108	
NAISSANCES						
Naissances dans des postes de soins infirmiers	12	2,6	23	4,0	35	3,4
Naissances dans des hôpitaux	442	97,0	556	96,9	998	96,3
Naissances dans d'autres endroits	2	0,4	1	0,2	3	0,3
Total des naissances	456	–	580	–	1 036	–
Naissances vivantes	454	23,0	580	26,0	1 034	24,6
Nouveau-nés de faible poids à la naissance	N/D	–	19	3,3	–	–
DÉCÈS						
Mortinaissances	2	4,4	0	0,0	2	1,9
Périnatals	2	4,4	2	3,4	4	3,9
Néonatals	6	13,2	2	3,4	8	7,7
Post-néonatals	2	4,4	4	6,9	6	5,8
Nourrissons	8	17,6	6	10,3	14	13,5
Maternels	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres décès	86	–	83	–	169	–
Total des décès	94	4,0	89	4,0	183	4,3
ACCROISSEMENT NATUREL	360	18,2	491	22,0	851	20,2

N/D = Non disponible

Tableau 10
STATISTIQUES HOSPITALIÈRES 1983-1984

HÔPITAL	LITS			ADMISSIONS			JOURNÉES D'HOSPITALISATION			SÉJOUR MOYEN		TAUX D'OCCUPATION DES LITS**		
	Adultes et enfants	Nouveau-nés	Total*	Adultes et enfants	Nouveau-nés	Total*	Adultes et enfants	Nouveau-nés	Total*	Adultes et enfants	Nouveau-nés	Adultes et enfants	Nouveau-nés	Total*
[illegible]	50	11	65	1 630	269	1 899	9 618	1 580	12 609	6.0	6.0	53%	39%	50%
[illegible]	98	12	110	2 076	367	2 443	13 203	1 287	17 411	7.0	1.0	49%	4%	43%
[illegible]	16	3	19	670	49	719	2 341	262	2 603	4.6	3.9	40%	22%	41%
[illegible]	30	4	38	607	10	617	2 644	35	2 681	4.3	1.1	34%	2%	29%
[illegible]	29	4	35	1 504	30	1 534	12 746	130	12 876	8.7	4.2	56%	9%	67%
[illegible]	N/D	N/D	20	N/D	N/D	481	N/D	N/D	3 888	N/D	N/D	N/D	N/D	20%
[illegible]	87	14	104	3 489	484	3 975	14 190	2 181	17 973	4.2	5.0	45%	43%	47%
[illegible]	11	2	13	220	34	264	799	81	880	3.8	3.5	20%	11%	19%
[illegible]	16	6	22	137	13	150	563	61	624	4.1	4.7	10%	3%	8%
[illegible]	5	2	7	189	30	219	584	107	691	3.3	3.7	32%	15%	27%
[illegible]	5	2	7	50	11	61	96	32	128	1.9	2.9	5%	4%	5%
[illegible] T.N.-O.	45	10	55	1 511	212	1 723	7 600	1 169	11 891	6.3	5.7	60%	32%	11%
[illegible]	13	4	17	58	7	62	313	25	330	5.7	3.6	6%	2%	5%
[illegible]	6	2	8	16	15	31	133	11	144	8.3	0.7	6%	2%	5%

+ Concerne les autochtones seulement, sauf dans le cas des pavillons hospitaliers (Watson Lake, Mayo, Faro, Father Judge, Fort Simpson et Rae-Edzo), où les chiffres donnés concernent tous les clients.
* Peut aussi inclure les séjours plus prolongés.
** Le pourcentage des lits occupés est calculé à partir du nombre de lits disponibles.
N/D = Non disponible.

Tableau 11
SERVICES HOSPITALIERS 1983-1984

HÔPITAL	CHIRURGIE		VISITES AMBULATOIRES			RADIOLOGIE		LABORATOIRE		PHARMACIE	PHYSIOTHÉRAPIE	
	mineure	majeure	urgence	Consultation externe	Total	# examens	# unités	unités en hôp.	épreuves à l'ext.	(ordonnances remplies)	traitements	unités
[illegible]												
[illegible]	49	202	8 953	3 275	12 228	3 560	72 255	533 606	7 643	7 184	1 360	34 703
[illegible]	128	230	6 390	9 002	15 392	3 867	52 520	457 869	6 579	11 251	1 545	33 855
[illegible]												
[illegible]	2	211	1 806	10 735	12 351	2 366	32 431	229 701	8 376	1 294	S/O	S/O
[illegible]	0	366	2 494	8 048	10 542	1 770	17 906	236 662	2 466	2 157	103	3 696
[illegible]												
[illegible]	24	183	5 063	3 134	8 217	4 162	48 530	557 010	3 043	N/D	836	23 875
[illegible]	0	1	692	0	692	175	4 496	19 031	1 451	0	0	0
[illegible]												
[illegible]	1 695	464	12 096	1 995	14 091	6 598	110 996	1 078 599	10 244	4 056	5 749	112 731
[illegible]	0	287	N/D	N/D	3 184	852	N/D	N/D	N/D	1 717	S/O	S/O
[illegible]	0	84	N/D	N/D	2 844	192	N/D	N/D	N/D	1 861	S/O	S/O
[illegible]	0	75	N/D	N/D	4 206	499	N/D	N/D	N/D	1 959	S/O	S/O
[illegible]	0	101	N/D	N/D	4 529	227	N/D	N/D	N/D	3 501	S/O	S/O
[illegible]												
[illegible]	68	417	3 039	12 959	15 998	N/D	124 826	483 183	5 617	1 125	1 085	23 127
[illegible]	0	0	N/D	N/D	1 259	6 367	N/D	N/D	N/D	0	0	0
[illegible]	0	0	N/D	N/D	1 927	7 542	N/D	N/D	N/D	0	0	0

N/D = Non disponible
S/O = Sans objet